

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N^o 429

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gaston JUBRÉAUX

Né le 28 août 1902, à Reims

LA

CEINTURE EUTOCIQUE

DANS SES APPLICATIONS

PENDANT LA GROSSESSE ET PENDANT LE TRAVAIL

Président : M. COUVELAIRE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gaston JUBRÉAUX

Né le 28 août 1902, à Reims

LA

CEINTURE EUTOCIQUE

DANS SES APPLICATIONS

PENDANT LA GROSSESSE ET PENDANT LE TRAVAIL

Président : M. COUVELAIRE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^e. ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

DOYEN... M. ROGER.
I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	{ BRANCA.
	{ MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.

AUBERTIN. . . Pathologie médicale.

BÉNARD (H.) Pathologie médicale.

BINET Physiologie.

BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.

BROCC Pathologie chirurgicale

BRULÉ. . . . Pathologie médicale.

CADENAT . . Pathologie chirurgicale.

CATHALA . . Pathologie médicale

CHABROL . . Pathologie médicale.

CHEVALLIER. Pathologie médicale.

De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.

DOGNON. . . Physique.

DONZELOT . . Pathologie médicale.

ÉCALLE . . . Obstétrique.

FEY Urologie.

GARNIER . . Pathologie expérimentale

GASTINEL . . Bactériologie.

GATELLIER . Pathologie chirurgicale

GIROUD . . . Histologie.

HARVIER. . . Pathologie médicale.

HOVELACQUE Anatomie.

HUTINEL. . . Pathologie médicale.

JOANNON. . . Hygiène.

JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.

LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.

LEROUX. . . Anatomie pathologique.

LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.

LIAN. . . . Pathologie médicale.

MERCIER (F.) Pharmacologie

MONDOR. . . Pathologie chirurgicale

MOREAU. . . Pathologie médicale.

MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.

MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.

MULON. . . . Histologie.

OBERLING . Anatomie pathologique

OLIVIER. . . Anatomie.

PIÉDELIEVRE Médecine légale.

PORTES . . . Obstétrique.

QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.

RICHET. . . . Physiologie.

SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.

VALLERY-RADOT

(Pasteur) . . Pathologie médicale.

VAUDESCAL. Obstétrique

VELTER. . . . Ophtalmologie.

VERNE. . . . Histologie.

VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.

GUÉNIOT Obstétrique.

LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

RETTERRER . . Histologie.

ZIMMERN. . . Physique

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui me fait l'honneur de présider
cette thèse ; avec l'expression de
mes respectueux sentiments.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Officier de la Légion d'honneur
Accoucheur à l'Hôpital Lariboisière.

*Qui a bien voulu m'inspirer le
sujet de cette thèse; en témoignage
de mon admiration et de ma
reconnaissance pour ses précieux
enseignements.*

façon relativement rare dans la pratique obstétricale courante.

Or, nombreux sont les cas où l'emploi judicieux de la ceinture eutocique soit au cours de la grossesse, soit même au début ou en cours de travail a modifié d'une façon très favorable un accouchement qui sans elle aurait été laborieux.

C'est ce que nous avons constaté d'une façon habituelle et fréquente dans le service de notre Maître M. le Dr Devraigne.

Grâce à son obligeance nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations de femmes traitées dans son service à l'hôpital Lariboisière. Ces observations nous ont paru très démonstratives en ce qui concerne la valeur à la fois prophylactique et thérapeutique du procédé.

Nous n'avons pas la prétention ainsi de faire un travail qui comporte quelque chose de neuf ou de particulièrement original, mais il nous a paru cependant utile d'insister de nouveau sur ce moyen de traitement qui, à la portée de tout praticien, est susceptible de rendre les services les plus considérables.

PLAN

En reprenant les observations des dernières années du service de la Maternité de Lariboisière, nous en avons trouvé un grand nombre relatives à des femmes auxquelles avait été appliquée la ceinture pendant la gestation ou pendant le travail ; nous ne les avons pas toutes recueillies mais nous nous sommes contentés de prendre celles qui nous paraissaient les plus typiques. Les unes ont trait à des femmes traitées dès longtemps avant l'accouchement par la ceinture, celle-ci constituant alors un moyen prophylactique pour normaliser une grossesse anormale par certains côtés, et susceptible de se terminer par un accouchement laborieux.

Dans son rôle prophylactique, la ceinture peut être utile du fait d'une anomalie dépendant de l'utérus lui-même, par suite d'une modification de sa direction ; ou bien c'est une anomalie dans l'attitude du fœtus qui rend nécessaire le port prématuré de la ceinture. Enfin, dans certains cas, il s'agit d'une anomalie tenant à l'œuf lui-même (un excès de liquide par exemple) qui se trouve améliorée par l'application de la ceinture.

Cette action prophylactique a été envisagée par nous dans un premier chapitre au cours duquel les

observations sont suivies de quelques considérations générales relatives à ce type de dystocie.

Dans un deuxième chapitre nous avons mis en évidence le rôle véritablement thérapeutique susceptible d'être joué par la ceinture utilisée de façon judicieuse et raisonnée.

Dans ces cas il s'agit de femmes chez lesquelles le travail était déjà commencé, mais dans des conditions défavorables. Ici aussi, on peut répartir les causes d'anomalies justiciables de la ceinture en trois groupes : celles qui résultent d'un vice de direction de l'utérus, celles résultant d'une mauvaise attitude du fœtus, celles enfin dépendant d'une anomalie de l'œuf. Il va sans dire que ces groupes de faits sont identiquement les mêmes que ceux envisagés dans le chapitre précédent, mais ici nous nous trouvons en présence de femmes à qui le traitement prophylactique n'avait pas été appliqué. Nous avons pu réunir également des observations relatives à ces trois groupes d'anomalies ; comme nous le verrons ici, la ceinture eutocique a pu considérablement améliorer la marche d'accouchements qui se présentaient de façon défavorable ; mais il est évidemment préférable que de telles femmes soient suivies et traitées dès le cours de la grossesse, et que chez elles, grâce à un traitement judicieux, le travail débute d'emblée d'une façon favorable.

Les observations que nous avons réunies dans ces deux chapitres essentiels sont suivies d'un certain nombre relatives à des cas spéciaux pour lesquels

l'application de la ceinture a pu rendre des services importants mais qui ne constituent pas des faits d'ordre général comme ceux des deux chapitres précédents.

Les observations que l'on va trouver ci-dessous n'ont aucune originalité particulière, mais elles serviront à illustrer d'une façon frappante l'excellence de la méthode. On pourrait évidemment dans les archives d'un service aussi actif que celui de la Maternité de Lariboisière en recueillir un nombre extrêmement important. Cela ne ferait que confirmer la valeur très grande du moyen thérapeutique envisagé. Ce qui nous a semblé plus utile, c'est d'insister sur les inconvénients énormes que l'on pouvait éviter dans un nombre de cas extrêmement grand par l'emploi d'un traitement très simple, à la portée de tout praticien et de toute sage-femme.

Nous voulons également insister (et nous y reviendrons à maintes reprises) sur la nécessité très grande où l'on est de reconnaître précocement les anomalies justiciables du traitement. De cette façon on fera de la ceinture eutocique un emploi prophylactique qui sera de la plus grande utilité pour l'avenir obstétrical des grossesses en cours. C'est particulièrement, nous le répétons, en tant que moyen prophylactique, que la ceinture eutocique possède sa plus grande efficacité et ses principales indications : c'est sous cette forme où elle rend les services les plus considérables, que nous l'envisagerons surtout au cours de ce travail.

EMPLOI PROPHYLACTIQUE DE LA CEINTURE EUTOCIQUE

C'est dans ce chapitre que nous grouperons les observations relatives à l'emploi de la ceinture pendant la durée de la grossesse elle-même. C'est là, à vrai dire, l'indication d'élection de ce mode de traitement. Les anomalies justiciables de l'emploi de la ceinture sont essentiellement des anomalies d'ordre physique. La simplicité du moyen ne peut en effet s'adresser qu'à des cas cliniques relativement simples : ceux dans lesquels une asymétrie ou une direction anormale des forces physiques font qu'il devient avantageux de corriger la direction des forces qui s'exerceront pendant le travail.

Nous ne ferons que rappeler la manière dont on doit appliquer la ceinture. Quoiqu'il s'agisse d'une technique extrêmement simple, il convient cependant de rappeler certaines précautions à observer qui sont nécessaires pour obtenir de bons effets de l'appareil.

L'appareil le plus connu a été décrit par le professeur A. Pinard dans son traité du *Palper abdominal* (p. 321). « Cette ceinture est composée de trois pièces : une pièce droite et une pièce gauche formant le corps de la ceinture ; une pièce intermé-

diaire formant le complément de la partie antérieure.

Les parties postérieure et antérieure sont en coutil baleiné, réunies sur le côté par un tissu élastique, en arrière par des boucles avec courroies en tissu servant à allonger ou à raccourcir la ceinture... et en avant, lacées en croix à l'aide d'œilletons ou crochets.

La bande de lacure est en coutil bien garni de flanelle et se place sur la paroi abdominale avant de fixer définitivement la ceinture...

Des sous-cuisses sont placés pour empêcher la ceinture de remonter.

Afin de pouvoir augmenter à volonté la pression exercée sur les parois latérales, et remplacer ainsi exactement l'action des muscles, j'ai fait ajouter à droite et à gauche deux coussins à air que l'on peut insuffler plus ou moins par l'ajutage qui s'y trouve appendu. Grâce à cette disposition, la pression peut à volonté s'exécuter avec autant de puissance des deux côtés, ou d'une façon inégale. Suivant que la tête a plus de tendance à glisser d'un côté, on augmente la pression. »

En réalité, dans la pratique courante, à la Maternité de l'hôpital Lariboisière, on utilise des ceintures beaucoup plus simples, que l'on peut improviser de toutes pièces, qui sont en quelque sorte des appareils de fortune, et dont les résultats donnent la plus grande satisfaction.

Il faut utiliser comme ceinture une bande en tissu

résistant, en toile de préférence, suffisamment large pour contenir l'abdomen déformé par la grossesse depuis le pubis en bas jusqu'à la région sus-ombilicale en haut. C'est dire qu'il faut absolument proscrire toutes les ceintures élastiques telles que bandage en tricot ou bande de Velpeau. Tout au plus pourra-t-on, dans les cas d'extrême déformation particulièrement douloureuse et difficilement réductible, commencer par une compression élastique qui facilitera l'action ultérieure de la véritable ceinture et aidera la femme à en supporter la légère incommodité du début.

La ceinture doit être posée la femme étant couchée rigoureusement à plat. Il faut avoir soin d'enlever tout oreiller ou coussin relevant la partie supérieure du corps ; de même il convient de plier à angle droit les membres inférieurs de la malade, ces mouvements étant destinés à relâcher le plus possible les muscles de la paroi abdominale antérieure et à permettre une action plus directe sur l'utérus lui-même et son contenu.

La ceinture doit être fixée d'une façon parallèle grâce à des épingles de sûreté disposées en deux rangées verticales placées de part et d'autre de l'axe ombilico-pubien. Il est préférable d'interposer entre l'abdomen et la ceinture une couche d'ouate, mais il ne faut pas que cette couche soit trop épaisse ce qui aurait un effet néfaste : celui d'atténuer la force de compression sur le globe utérin. Par contre, il est extrêmement utile d'employer,

toutes les fois que cela sera possible, les pelotes de coton : celles-ci sont formées par du coton comprimé et enroulé dans des bandes de gaze souple ; les dimensions à observer sont en hauteur une vingtaine de centimètres, en épaisseur 4 à 5, en largeur 5 à 7. On peut avantageusement remplacer ces pelotes par des serviettes mises en rouleau, ce qui est très commode et constitue un plan de résistance suffisamment épais. Il ne faut pas les comprimer à l'excès de façon que ces éléments soient malléables et puissent se mouler pour ainsi dire sur la convexité du globe utérin ou sur les irrégularités du contenu utérin.

Quelquefois la femme ne peut pas supporter les pelotes pendant les premiers temps de l'application de la ceinture ; il faut alors les enlever et se contenter de la ceinture placée isolément. Après deux ou trois jours de ce traitement, les organes se sont repliés d'une façon douce et élastique ; la résistance des muscles et des viscères s'est amollie et on peut alors sans gêne pour la malade procéder à l'addition des pelotes. On comprend aisément le mode d'action des dites pelotes qui ajoutent à la compression totale de la ceinture sur l'ensemble de l'abdomen une action élective qui dirige en un point où l'on veut particulièrement agir un faisceau de forces supplémentaires.

La chose essentielle relativement à la ceinture et à la pelote abdominale, c'est la nécessité d'une compression qui soit à la fois régulière et continue. Ré-

gulière: il convient en effet que lors de l'apposition de la ceinture celle-ci soit faite de telle sorte que la compression s'exerce d'une façon régulière et symétrique. Dans certains cas il est avantageux de comprimer davantage une région au détriment d'une autre, par exemple: d'exercer une force plus grande à la partie inférieure de l'abdomen. Même dans ces cas il faut que la striction de la ceinture soit faite d'une façon symétrique et régulière. On y arrive en déplaçant les épingles de contention après une première mise grossière de l'appareil. Le critérium de la bonne application de la ceinture est celui-ci: la malade ne doit pas en souffrir, au contraire du fait de sa bonne application la femme doit éprouver un bien-être immédiat et continu. Une fois la ceinture bien posée tout n'est pas terminé, il faut éviter qu'elle se déplace, d'une part dans le sens vertical, d'autre part en largeur. Pour éviter l'ascension verticale il convient d'appliquer des sous-cuisses immédiatement après la mise en place. Dans le sens transversal une bonne ceinture bien appliquée ne doit pas lâcher ni se déplacer, mais elle subit une espèce de relâchement progressif qui tient à la fois au fait que le tissu de la ceinture cède progressivement au niveau du point d'attache des épingles, et d'autre part aussi à la remise des organes en bonne position d'une façon régulière et progressive.

Aussi faut-il chaque matin vérifier l'état de la ceinture et le degré de compression. Il est habituel qu'il faille resserrer chaque matin de 1 à 2 cm. l'ap-

pareillage qui s'est quelque peu détendu. Quant à la durée d'application de la ceinture, il faut absolument qu'elle soit continue. La malade ne doit quitter l'appareil ni de jour ni de nuit; tout au plus pourra-t-elle le faire enlever avec précaution tous les deux ou trois jours de façon à procéder aux soins de toilette et à éviter la macération de la peau de l'abdomen. Mais ces soins devront être faits de la façon la plus précautionneuse, la malade ne devant pas bouger pour ne pas compromettre par un mouvement intempestif et brutal l'effet obtenu par la compression prolongée des jours précédents. Quant à la toilette vaginale elle se fait avec autant de commodité que sur la femme non porteuse de ceinture. Les préceptes que nous venons de donner relativement à l'application de la ceinture sont absolument essentiels si on veut en obtenir un bon effet, et il est surtout important de réaliser la continuité dans la compression abdominale. En effet, on peut absolument comparer le mode d'action de la ceinture euto-cique à celui de l'extension continue pour la réduction des fractures diaphysaires au niveau des membres. On sait que ces dernières cèdent beaucoup plus facilement à une traction modérée mais élastique et continue, qu'à une force beaucoup plus importante mais irrégulière, brutale et transitoire. Il s'agit du reste là d'un fait physiologique d'ordre absolument général, la fatigue musculaire étant réalisée et obtenue beaucoup plus par un effort prolongé que par les tractions subites et irrégulières.

C'est ainsi qu'on voit des déplacements osseux considérables n'ayant pas cédé à des tractions de force importante se réduire sous l'effet d'un poids de 4 à 5 kilog seulement appliqué d'une façon régulière et continue pendant une ou deux heures. Un autre exemple typique de l'action excellente de la traction prolongée se trouve dans le traitement des luxations de l'épaule. Pour celles-ci on observe que la méthode brutale de Kocher, excellente au point de vue anatomique, est non seulement susceptible de déterminer des arrachements ligamentaires ou osseux, mais aussi qu'elle est parfois incapable de réduire des luxations chez des sujets à musculature robuste. Au contraire l'utilisation de la traction prolongée, élastique et régulière préconisée par la méthode de Mothe modifiée par D'Angers réduit, à coup sûr, toutes les luxations même les plus réfractaires au traitement précédent. De même, la ceinture eutocique au lieu d'exercer une pression brutale, violente et transitoire qui se heurte à la résistance d'organes élastiques et mous, assure une réduction qui s'exerce d'une façon prolongée. C'est ainsi que grâce à la fatigue progressive des muscles de l'abdomen, l'utérus ou son contenu subissent une pression continue qui arrive à leur donner une nouvelle position, la position favorable à la grossesse et à l'accouchement. Quant à la question de savoir s'il convient d'immobiliser la femme ou non c'est une question d'espèces. Au début de l'application du traitement, lorsqu'on est en présence de femmes

qui souffrent d'une façon continuelle, du fait de la mauvaise position de l'utérus ou de son contenu, l'application de la ceinture ne fait pas disparaître immédiatement les douleurs. Il convient alors de les laisser couchées d'autant plus que la station debout et la marche exagéreraient encore la déformation contre laquelle on lutte.

Lorsqu'au bout de quelques jours, la gêne et les douleurs ont disparu sous l'effet du repos et de la réduction progressive de la déformation, rien n'empêche alors la malade de se lever ni de marcher et de vaquer à ses occupations. Il faut évidemment redoubler d'attention quant à la bonne application de la ceinture et à la bonne qualité de la compression qui s'exerce. Mais il faut absolument arriver au résultat si haut énoncé, celui de redonner à la femme une vie normale sans compromettre en rien la valeur de la réduction obtenue.

C'est du reste en général à ce résultat qu'on arrive et fréquentes, nous le verrons, sont les observations de femmes qui, venues consulter pendant leur grossesse parce qu'elles avaient la vie complètement entravée par des douleurs, ont pu, grâce à une bonne application de ceinture, poursuivre leur grossesse jusqu'à l'accouchement sans éprouver ultérieurement aucune gêne.

En ce qui concerne la division que nous avons adoptée pour envisager les différentes indications de l'application de la ceinture, nous avons pris les unes après les autres les anomalies anatomiques

contre lesquelles cette technique est efficace. Ces anomalies dépendent soit de l'utérus, soit du fœtus, soit de l'état de l'œuf. Tels sont les trois groupes de faits que nous avons réunis :

1^o Anomalies résultant d'une mauvaise direction du globe utérin ;

2^o Anomalies résultant d'une attitude anormale du fœtus ;

3^o Anomalies résultant de l'œuf lui-même.

GROUPE I

LA CEINTURE EUTOCIQUE DANS LES ANOMALIES DE DIRECTION DU GLOBE UTÉRIN

Ce sont tous les déplacements et déviations du corps utérin pendant la grossesse. Parmi ces déplacements et déviations il en est qui ne peuvent être atteints par l'application d'une ceinture, ce sont les rétroversions et les rétrodéviations de l'utérus gravide. Dans ces cas, en effet, l'utérus bascule en arrière ; suivant qu'il est du premier degré ou du second degré, ce déplacement entraîne des troubles considérables essentiellement d'ordre mécanique : troubles digestifs mais surtout troubles vésicaux. Il est évident que la ceinture qui est un appareil agissant d'avant en arrière, par conséquent agent de relèvement et de renversement du globe utérin vers le rachis, est exactement contre indiquée dans le cas de rétroversion. Pour la rétroversion ou la rétroflexion de l'utérus gravide, il

convient en effet d'utiliser la méthode inverse qui est essentiellement la mise en position genu-cubitale ou en position genu-pectorale. Ces manœuvres répétées chaque jour le matin et le soir délivrent l'organe gestateur du poids des viscères abdominaux. Aidée de la béance du vagin, qu'on réalise au moyen d'un spéculum de Sihms ou autre, de telle manière que la pression atmosphérique puisse agir sur l'utérus pour le replacer, cette méthode permet dans bien des cas la réduction, à la condition qu'on arrive d'assez bonne heure. L'objectif est, non seulement de prévenir les stades ultérieurs de l'affection, mais aussi d'empêcher l'avortement.

Il faut cependant reconnaître les cas dans lesquels la rétroversion n'est pas pure, mais s'accompagne d'une latéro-version ou d'une latéro-flexion contre lesquelles on pourra lutter ultérieurement avec un heureux effet en utilisant la ceinture d'une façon prudente et adroite. Par contre, pour toutes les autres déviations et déplacement du globe utérin, les antéversions et les latéroversions, la ceinture eutocique est d'un excellent effet.

Nous réunissons ci-dessous les observations tenant à ces deux groupes de faits auxquelles nous ajoutons certaines observations liées à des phénomènes d'éventration de la paroi antérieure de l'abdomen pour lesquelles la ceinture est aussi des plus précieuses.

1^o La ceinture dans les antéversions de l'utérus gravide ;

2° La ceinture dans les latéroversions de l'utérus gravide ;

3° La ceinture dans les hernies et éventrations de la paroi abdominale antérieure.

1° La ceinture dans les antéversions.

Ce sont les cas de beaucoup les plus fréquents, l'inclinaison en avant de l'utérus gravide est en effet une attitude normale. Elle est rarement observée au début de la grossesse mais lorsque, pour une raison ou pour une autre, l'antéversion progresse (vers le cours des 5^e à 7^e mois) il ne tarde pas à se produire d'une part des troubles fonctionnels importants ; d'autre part des déformations physiques qui peuvent devenir monstrueuses. Des exemples typiques de ces troubles nous sont offerts par les quelques observations que nous rapportons ci-dessous prises entre nombreuses autres

OBSERVATION I

Mme M... 24 ans. Entre dans le service le 21 janvier 1929, troisième geste. La première grossesse a été normale, l'enfant est actuellement bien portant. La deuxième grossesse avait été normale pendant les quatre premiers mois. A partir du cinquième mois, la malade est extrêmement gênée par la procidence de l'abdomen. Elle présente des douleurs lombaires insupportables, empêchant non seulement la marche, mais même la station debout et qui l'o-

bligent à interrompre complètement sa vie courante.

Pendant la troisième grossesse comme au cours de la seconde, la malade souffre dès qu'elle reste debout et surtout, dès qu'elle essaie de marcher.

A l'examen, on trouve lorsque la femme est debout un abdomen extrêmement déformé, plus que ne le comporte l'âge de la grossesse ; il tombe en avant en obusier. La femme présente une cambrure lombaire extrêmement marquée, le pli sus-pubien est très fortement imprimé. La femme étant couchée, cette antéposition de l'utérus persiste.

A la palpation, le globe utérin est régulier — la hauteur utérine de 25 centimètres fait présumer un âge un peu plus avancé de la grossesse. On sent nettement les parties fœtales. Au toucher le col est ramolli et regarde directement en arrière. Les parties molles sont souples et le bassin normal.

Après avoir laissé la malade trois jours au lit on applique une première ceinture, d'abord simple sans adjonction de tampon. Cette ceinture est vérifiée quotidiennement et chaque jour on rétablit régulièrement une striction ferme. La femme se plaignant un peu, on interpose une lame de coton cardé. Au bout de 6 jours, l'abdomen sous la ceinture est beaucoup moins prolabé et la femme étant debout éprouve moins la sensation de chute en avant de l'abdomen.

On ferme l'appareillage en ajoutant trois bandeaux de coton ; deux latéraux au niveau des fosses iliaques et un transversal, un peu au-dessus de la région ombilicale.

Malgré l'extension de la ceinture avec des bandeaux, la malade éprouve un bien-être lorsqu'elle est assise puis, au bout des 6 autres jours, lorsqu'on la lève, la malade quitte le service un mois après son entrée ; elle se lève alors pen-

dant toute la journée et travaille sans aucune fatigue.

La femme est vue tous les mois au cours de sa gestation qui se poursuit d'une façon parfaite. La malade n'éprouvant aucune difficulté, ni en se tenant debout, ni en vaquant à ses occupations, peut par conséquent, continuer à gagner sa vie. La femme accouche le 18 mai, naturellement et normalement en O.I.D.P. d'un garçon pesant 4.800 grammes.

La délivrance est naturelle et complète. Pendant les suites de couches, la malade présente un météorisme abdominal assez prononcé, mais qui disparaît au bout de 8 jours.

Revue deux mois après, la malade n'éprouve aucune douleur et a repris d'une façon courante, ses occupations.

OBSERVATION II

Mme R... âgée de 27 ans primigeste, entrée dans le service le 19 janvier 1929 au 6^e mois et demi de son terme. Dernières règles le 14 août 1928. La première partie de la grossesse a été mal supportée pendant trois mois environ, puis grâce à un traitement opothérapique, les troubles (vomissements) se sont atténués. La femme a parfaitement continué sa grossesse jusqu'à ces derniers temps. Elle se plaint depuis 15 jours environ de douleurs qui sont survenues assez brusquement et en même temps, elle constatait une brusque augmentation de volume de l'abdomen. On note, en effet, à l'examen, un abdomen considérablement déformé : la région ombilicale pointue et l'utérus donne l'impression d'être balancé en avant d'une façon considérable. En même temps, la malade se plaint de troubles digestifs extrêmement importants : manque d'appétit, nausées, et surtout

une constipation très opiniâtre qui n'a cédé à aucun des moyens thérapeutiques mis en œuvre.

A l'examen, la hauteur utérine est de 35 centimètres si l'on va jusqu'au fond, le fond siégeant à peu près en regard de la région ombilicale. Au dessus, on perçoit la face postérieure de l'organe. Au toucher, le col est très petit, très long et très postérieur ; en même temps, la malade se plaint de troubles urinaires et on constate l'existence de colibacilles à l'examen microscopique. Malgré une palpation soigneuse, on ne réveille aucune douleur ; la malade insiste sur le fait qu'elle éprouve son maxima lorsqu'elle est debout et surtout lorsqu'elle marche. La température est normale.

Etant donnée l'existence d'une antéversion manifeste de l'utérus, on applique une ceinture eutocique avec trois pelotes, grâce à laquelle, en cinq ou six jours, on arrive à redresser complètement l'utérus et à lui faire réintégrer la cavité abdominale ; en même temps, les douleurs cessent.

La malade peut se lever, reprendre ses occupations, et chose intéressante, malgré l'absence de thérapeutique urinaire, tous les troubles que l'on pouvait attribuer à une pyélonéphrite disparaissent. La malade suivie pendant tout le reste de la grossesse n'a plus éprouvé aucun trouble ni statique ni urinaire ; elle a pris la précaution de porter la ceinture d'une façon permanente. L'accouchement a eu lieu normalement, quoique d'une façon un peu prématurée, le 18 mars 1929, accouchement d'une fille de 2 kg. 400 ; placenta de 480 gr. Les suites de couches ont été normales. Nous insistons sur le fait de la co-existence de la pyélonéphrite et de l'antéversion. Cette coïncidence, que nous aurons à rappeler pour une autre malade, nous paraît

digne d'intérêt et, comme pour le cas suivant, nous pourrions poser la question de l'influence possible de l'antéversion sur la pyélonéphrite de la grossesse.

OBSERVATION III

Mme G..., âgée de 29 ans, 2^e geste. Première grossesse en 1924, accouchement normal à terme. Elle a présenté à la suite de cette grossesse une double hernie inguinale qui a fait l'objet d'une cure.

Venue consulter pour sa gestation actuelle (dernières règles du 12 juin 1928), la femme est vue au 7^e mois. On trouve une tête haute mal appliquée, l'enfant étant en présentation céphalique, le dos à gauche. D'emblée, on est frappé par le peu de résistance offerte par la paroi abdominale à la masse utérine qui, dès que la malade se lève, tend à tomber en avant sans qu'il semble y avoir de muscles qui puissent retenir l'organe. La marche et la station debout sont du reste, très pénibles. On applique immédiatement une ceinture avec deux pelotes hypogastriques et la malade est laissée en position debout. Deux semaines après l'application permanente de cette ceinture, on constate que la tête, jusqu'à élevée et tengeante à l'arc antérieur du bassin, est désormais bien appliquée sur l'arc du détroit supérieur. La malade n'a plus éprouvé aucune douleur à la marche ni à la station debout. Elle est revenue au moment du début de son accouchement qui s'est effectué le 31 mars d'une façon normale : enfant de 3 kg. 900 et placenta de 520 gr. Les suites de couches ont été parfaites.

OBSERVATION IV

Mme C..., septième pare. Après trois accouchements normaux, la femme a eu deux avortements puis deux accouchements prématurés. La grossesse actuelle dont les dernières règles remontent au 28 juin a été bien supportée jusqu'au troisième mois. Depuis le troisième mois, la femme éprouve des douleurs intenses dans la région lombaire et à la racine des cuisses. Lorsqu'elle vient consulter le 10 janvier, on trouve pour une grossesse de 7 mois un utérus plongeant très fort en avant dont la hauteur utérine est de 38 cm. On constate donc une antéversion considérable ; mais, en outre, il semble que l'on sente trois pôles. En effet, la radiographie confirme le diagnostic de gémellité. Etant donnée la tendance manifeste de l'utérus à tomber en avant on applique une ceinture eutocique avec trois pelotes. A la suite de cette application, la femme peut mener une vie normale jusqu'à la fin de sa gestation et elle accouche dans les meilleures conditions le 2 avril 1929. A ce moment, on trouve une hauteur utérine de 43 centimètres. On extrait un premier enfant de 2 kg. 850 puis un second de 3 kg. 150. Les suites de couches ont été normales si l'on excepte ce fait que la femme, au 10^e jour a éprouvé des douleurs ayant pour cause une involution imparfaite de l'utérus. L'intérêt de cette observation réside en ceci que malgré la grosse distension de l'utérus déjà fatigué par 7 grossesses antérieures et la mauvaise application de la présentation sur l'excavation pelvienne, l'accouchement s'est passé normalement grâce à l'application de la ceinture eutocique.

OBSERVATION V

Mme B... J., âgée de 22 ans, couturière. Primigeste, entre dans le service le 10 mai 1929 ; elle est au 7^e mois d'une gestation, dont l'évolution a été normale au point de vue fonctionnel pendant les 4 premiers mois.

Cette jeune femme présente une luxation congénitale de la hanche qui est bilatérale, et qui n'a pas été traitée. La luxation du côté droit étant plus marquée que celle du côté gauche, la malade marche en canard de la façon la plus classique. A l'examen on note que la luxation droite est mal fixée, mais que la luxation du côté gauche semble solidement appuyée sur la fosse iliaque externe du même côté.

L'examen du pelvis montre comme il est classique de le trouver une déformation qui n'atteint pas d'une façon défavorable les diamètres pelviens utiles. Le bassin moyen et le bassin antérieur sont élargis, le promontoire est inaccessible. En réalité ce n'est pas pour la luxation elle-même que la malade est venue consulter. A ce point de vue, elle ne se porte pas plus mal qu'avant sa grossesse, et marche sans douleurs du fait de l'état de ses hanches. Ce qui a frappé la malade c'est que depuis le quatrième mois environ l'abdomen qui déjà normalement avant la grossesse pointait considérablement en avant, est devenu à proprement parler monstrueux ; en regardant la femme de profil on note une ensellure lombaire extrêmement intense, et l'abdomen est déformé en obusier, en besace d'une façon telle que la malade semble en équilibre instable.

En outre, ces douleurs dans la région lombaire et dans

les deux fosses iliaques, empêchent la malade non seulement de vaquer à ses occupations et de marcher, mais même de se tenir debout d'une façon quelque peu prolongée. Ici il s'agit évidemment non seulement d'une antéversion du pelvis (remarquable du reste par les signes classiques qu'elle présentait) mais également d'une antéversion considérable de la masse utérine. Le fond de l'utérus semble répondre à la région sous-ombilicale qui surplombe la racine des cuisses, même lorsque la femme reste couchée. Au-dessus de l'ombilic on peut suivre la face postérieure de l'organe qui file en arrière et présente une convexité dirigée vers le diaphragme. La palpation du globe utérin est difficile, l'utérus présentant une tension permanente qui empêche de percevoir d'une façon même approximative les parties fœtales. La femme présente en outre des troubles digestifs de première importance se manifestant essentiellement par une constipation opiniâtre; celle-ci est allée jusqu'à des périodes de 8 jours au cours desquelles la femme a présenté des coliques mais n'a pu faire des évacuations de matières solides.

Hospitalisée, la femme, malgré la station au lit pendant quelques jours, n'a pas vu son état s'améliorer d'une façon considérable; l'utérus reste basculé en avant et au toucher le col est très difficilement trouvé: il est à la fois très haut, très postérieur, regardant directement le promontoire.

C'est alors que l'on procéda à l'application quotidienne d'une ceinture de tissu résistant. L'application fut d'abord douloureuse pendant les 2 premiers jours mais fut de mieux en mieux supportée. Bientôt on put sans douleur

pour la femme adjoindre deux pelotes de coton qui furent apposées à la région hypogastrique dans la zone répondant à la face antérieure de l'utérus.

Après huit jours de ce traitement, l'utérus était à proprement parler remonté et présentait une forme ovoïde à grand axe vertical dont le sommet siégeait non plus dans la région ombilicale, mais véritablement dans la région xyphoïdienne.

En même temps les troubles intestinaux accusés par la malade allaient en s'atténuant, et il était permis de penser qu'ils étaient dus à un coincement de l'intestin par l'utérus antéversé. En outre au toucher vaginal, le col était trouvé beaucoup plus facilement et avait une direction nettement changée regardant alors non plus le promontoire, mais l'orifice vaginal. A ce moment, une quinzaine de jours après le début de l'application de la ceinture eutocique, la malade fut levée. A sa grande surprise les douleurs antérieurement éprouvées ne se reproduisirent plus ; il en fut de même jusqu'à la fin de la gestation, époque pendant laquelle la malade resta en observation dans le service. La femme accoucha à terme spontanément d'un enfant pesant 3.800 gr. ; délivrance naturelle et complète de 600 grammes. Pendant la période qui a suivi l'accouchement, on a recommandé à la femme la réapplication d'une ceinture pour éviter une nouvelle ptose de l'utérus non complètement involué.

*Discussion du groupe d'observations
relatives aux antéversions utérines.*

Les observations que nous venons de présenter auraient pu être confirmées par de nombreuses

autres si l'on avait voulu prendre toutes celles existant dans les archives de la Maternité de Lariboisière. En effet l'antéversion utérine constitue une éventualité extrêmement fréquente et se pose d'une façon presque constante comme une indication à l'application de la ceinture. Ces antéversions quelles qu'elles soient ont des signes communs: Au point de vue fonctionnel ce sont des douleurs qui se manifestent par des pesanteurs lombaires insupportables existant non seulement chez la femme debout ou en marche, mais encore alors que la femme est au repos. C'est dire que ces malheureuses ne savent quelle position prendre, ni quel stratagème utiliser pour calmer cette pesanteur perpétuelle. Parfois aussi ce sont des douleurs dans les fosses iliaques. Tous ces phénomènes augmentent d'une façon considérable par la station debout, par les causes de congestion pelvienne et par la marche ainsi que le transport dans des véhicules mal suspendus. Au point de vue physique la symptologie se reproduit toujours d'une façon identique à elle-même : celle que nous avons trouvée dans les observations sus-jacentes.

Il nous faut, cependant, insister sur une forme particulière que prend l'utérus et la manière dont il se développe. Etant donné que le fond utérin se trouve bloqué par la paroi abdominale sous ombilicale, en général il en résulte que la paroi antérieure de l'organe est comme incurvée et recroquevillée. Au contraire c'est la paroi postérieure qui subit

toute l'ampliation, c'est à ses dépens que se produit l'augmentation de volume de l'utérus dans sa presque totalité. Au lieu que cette face postérieure constitue un mur frontal, elle arrive à former une espèce de dos d'âne à convexité postérieure et supérieure que l'on perçoit de la façon la plus nette par la palpation de la région ombilicale.

De cette anomalie d'ampliation de l'utérus découlent des conséquences anatomiques qui peuvent être graves au point de vue clinique. La vessie subit une véritable incarcération entre la paroi abdominale et le pubis d'une part, et la paroi antérieure de l'utérus qui est incurvée et aplatie d'autre part. Quant à l'intestin il est comprimé ou bien au niveau des anses grêles, ou bien et surtout au niveau du côlon sigmoïde qui se trouve coincé entre le dos d'âne de la face postérieure de l'utérus et la partie postérieure du pelvis. Mais c'est surtout au niveau du col de l'utérus que se produisent les modifications anatomiques les plus graves au point de vue de l'évolution de la grossesse et plus tard de l'accouchement. En effet le col se trouve du fait de l'attraction qu'il subit de la part de la face postérieure de l'organe, attiré très haut vers la région sacro-lombaire. De ces trois faits nous avons des illustrations dans les observations que nous avons rapportées plus haut. C'est ainsi que nous avons pu retrouver des phénomènes d'ordre vésical : dysurie, pollakiurie. Nous avons également vu combien les phénomènes intestinaux pouvaient revêtir d'acuité ; enfin nous avons

noté à chaque reprise la façon dont le col se trouvait reporté très haut et très en arrière dans la cavité vaginale.

Les causes des antéversions de l'utérus ont une importance de premier ordre au point de vue thérapeutique, pour connaître l'opportunité d'appliquer ou non la ceinture eutocique. Il est en effet toute une série de cas d'antéversions utérines extrêmement importantes au point de vue clinique pour lesquelles le port de la ceinture eutocique est absolument illusoire. Ce sont les déviations d'ordre chirurgical qui sont des déviations, à proprement parler, fixées. Les autres antéversions que l'on considère d'une façon évidemment erronée comme spontanées (nous conserverons cette dénomination commode pour distinguer les 2 groupes de faits) constituent au contraire le domaine d'élection de la ceinture eutocique. Ces antéversions spontanées peuvent être congénitales, dues à une véritable malformation de l'utérus attribuables soit à une exiguité congénitale des ligaments ronds, soit à une espèce de ptose viscérale. Mais plus souvent l'antéversion utérine est due à des distensions répétées de la paroi abdominale. C'est en particulier le cas de celles que l'on observe chez les multipares dont les muscles de l'abdomen ont perdu toute tonicité, et chez lesquelles la sangle n'a plus la solidité que l'on observe chez la primigeste.

Cette aplasie par distension de la paroi abdominale revêt son expression maxima dans les cas que

nous envisagerons plus tard de diastasis large des muscles de l'abdomen.

Enfin il est un 3^e groupe d'antéversions faussement appelées spontanées : ce sont celles pour lesquelles il faut invoquer une malformation rachidienne ou pelvienne. Telles sont les déviations de la colonne vertébrale et les inclinaisons anormales du bassin. C'est surtout le cas pour les antéversions pelviennes liées à une affection de la hanche (coxalgie ankylosée en flexion ou luxation congénitale fixée ou non fixée) ; ces affections coxales non seulement retentissent sur la statique du pelvis, qu'elles reportent en bas et en avant au point de diriger l'orifice pelvien parfois directement en arrière, mais encore elles retentissent sur la colonne lombaire qui présente une lordose plus ou moins accusée. C'est essentiellement cette lordose qui, réduisant les dimensions antéro-postérieures de l'abdomen, projette l'utérus vers la paroi abdominale en avant et en bas.

De même nous aurions pu réunir les observations d'un certain nombre de cyphotiques ou de scoliotiques dont le rachis raccourci verticalement a diminué de hauteur la cavité abdominale et obligé l'utérus à basculer en avant ; c'est en particulier le cas d'un certain nombre de femmes que nous n'avons malheureusement pas pu suivre pendant leur gestation mais seulement au début de leur travail, et chez lesquelles l'application de la ceinture est parvenue heureusement encore à donner des résultats très satisfaisants.

C'est dans toute cette série d'antéversions dites spontanées que l'application de la ceinture eutocique donne les résultats les plus remarquables. Grâce à son action prolongée, grâce à sa force régulièrement exercée la ceinture eutocique à condition qu'elle soit consolidée chaque jour, agit de la même façon que le fait l'extension continue pour la réduction des fractures des membres. Une fois la réduction faite la pression ne doit pas être abandonnée, mais au contraire, l'action doit être continuée de façon à ce que la déformation ne se reproduise pas. C'est seulement au prix d'une compression régulière et sans relâchement ni dans le temps ni dans la largeur d'application que la ceinture eutocique peut donner les résultats remarquables qu'on est en droit de lui demander.

Quant aux antéversions utérines chirurgicales, elles sont tout à fait différentes et il ne serait pas raisonnable de demander à la ceinture eutocique un rôle qu'elle est en général incapable de remplir.

Ces antéversions qui se présentent avec des signes cliniques identiques aux précédentes, sont d'une étiologie essentiellement différente. Elles sont en général d'ordre chirurgical ou plutôt post-chirurgical. C'est ainsi que certaines techniques d'hystéropexie heureusement abandonnées aujourd'hui, et qui rattachaient la face antérieure de l'utérus, soit au vagin, soit à la paroi abdominale dans la région sous-ombilicale, réalisaient, lorsqu'une grossesse ultérieure se produisait, des antéversions désas-

treuses. Il en est de même, soit après une suppuration pariétale à la suite d'une intervention pelvienne, soit à la suite d'une fistule utéro-pariétale, dans lesquelles de larges adhérences qui réalisent une véritable symphyse entre l'utérus et la paroi sous-ombilicale empêchent une ampliation normale lors de la gravidité consécutive.

Ces antéversions, qui sont, il faut le dire, les plus considérables que l'on observe, ne sont pas justiciables du traitement simple par ceinture euto-cique.

Dans ces antéversions pour lesquelles on a observé des ascensions du col allant jusqu'à la 3^e lombaire (cas de Dickinson) et même à la 2^e (cas de Schultz) il se produit en même temps un amincissement de la paroi postérieure de l'organe, qui peut devenir extrêmement dangereux en ce qui concerne la résistance de la paroi de l'utérus aux poussées du travail. On a publié en effet des observations de ruptures utérines consécutives à un travail engagé dans de telles conditions.

Ces dangers d'une part, et d'autre part la force des adhérences contractées entre l'utérus et la paroi font qu'il est de la première urgence de traiter les antéversions chirurgicales d'une façon plus énergique. Elles constituent presque une indication d'urgence, et c'est souvent au cours même de la grossesse qu'il faudra reconnaître la nécessité d'une intervention chirurgicale, seule susceptible de rompre des connexions pathologiques aussi serrées.

Dans tous les autres cas, au contraire, la ceinture eutocique suffira largement à réduire la déformation à condition toutefois, nous le répétons, qu'elle soit utilisée d'une façon précoce.

2° La ceinture dans les latéro-versions de l'utérus gravis.

Les latéro-versions de l'utérus sont des éventualités relativement fréquentes. Elles existent dans les utérus non gravidés ; les unes ne se manifestent par aucun signe fonctionnel, et sont des trouvailles d'examen au cours d'une exploration gynécologique. Elles ont leur importance car si elles ne sont pas reconnues, ces latéro-versions et latéro-flexions sont susceptibles de conduire à des erreurs de diagnostic importantes.

Dans d'autres cas, les latéro-déviation de l'utérus non gravis ne sont pas isolées mais ne constituent qu'un épi-phénomène d'une affection pelvienne concomitante. Ou bien il s'agit d'une tumeur latéro-utérine (soit volumineux kyste de l'ovaire, soit fibrome latéral incarcéré dans un ligament large et dans le pelvis) qui repousse le globe utérin vers le côté opposé ; ou bien au contraire de l'attraction de l'utérus du côté malade par un foyer inflammatoire sclérosé (ancienne salpingite ou ancien phlegmon du ligament large).

Ces éventualités ne sont pas du cadre de notre étude ; cependant il faut les connaître car elles ont

leurs conséquences obstétricales. D'une part elles rendent la grossesse difficile : la fécondation ne se faisant pas d'une façon normale ces latéro-versions constituent ainsi une cause fréquente de stérilité. D'autre part, si la fécondation a pu avoir lieu, la position forcée de l'utérus sur le côté n'est pas favorable à l'évolution de la grossesse et fréquemment il se produit un avortement. Enfin, lorsque la grossesse a pu se poursuivre on peut observer une exagération de ces latéro-versions qui réalise le tableau que nous allons envisager ci-dessous. Il faut savoir que cette éventualité n'est pas forcée, et on a cité de nombreux cas (Budin, Champtier de Ribes) dans lesquels des femmes porteuses de latéro-version avaient vu au cours de leur grossesse leur utérus se normaliser pour ainsi dire. On comprend en effet qu'au cours de la grossesse le ramollissement normal des tissus fait qu'un utérus déporté sur le côté pendant la non gravidité, peut, du fait de la moindre résistance des tissus d'une part, du fait du nouvel équilibre des forces par accroissement du poids du globe utérin d'autre part, se remettre dans la rectitude. C'est pourquoi il ne faut pas considérer comme voués à une anomalie définitive les utérus qui avant la gravidité présentent une inclinaison latérale.

Pour les utérus gravides, la latéro-version est un phénomène fréquent lorsqu'il est atténué, relativement rare lorsqu'il est prononcé. On sait que la torsion et l'inclinaison de l'utérus sur le côté sont nor-

males au cours de l'évolution de la grossesse. C'est en général vers le 6^e et le 7^e mois que commence le déplacement du globe utérin. Ce déplacement se fait en général vers la droite et il n'est pas simple. D'une part il existe un phénomène de torsion suivant l'axe de la gauche vers la droite qui fait que la moitié droite de l'utérus s'éloigne de la paroi abdominale antérieure.

Au contraire le bord gauche de l'utérus se rapproche de la paroi abdominale antérieure : il est en effet fréquent lorsqu'on est obligé d'intervenir sur un utérus à terme de trouver immédiatement à gauche de l'incision de laparotomie tout près de la ligne médiane l'insertion du ligament rond et le ligament rond gauche lui-même, parfois même l'origine de la trompe et une partie du ligament large du même côté. En plus de la dextrorotation de l'utérus, il existe d'autre part une dextroversion qui fait que la corne gauche de l'utérus se trouve plus haut et plus en avant que la corne droite, laquelle se trouve reportée en arrière et en bas sous le foie. Quant à la latéro-flexion elle peut exister, mais dès qu'elle survient on peut considérer qu'il y a phénomène pathologique ; il s'agit du reste en général d'une flexion secondaire. Elle n'est jamais en effet isolée, et elle résulte de l'exagération de la latéro-version et de la latéro-rotation de l'utérus gravide. Jusqu'à présent nous avons utilisé d'une façon indifférente les termes de latéro-version et de dextroversion, en effet l'inclinaison vers la droite de l'utérus est la

chose essentielle. C'est celle que l'on observe le plus couramment dans les inclinaisons dites spontanées. Cependant de même que pour les antéversions on peut observer des latéro-versions chirurgicales dont l'origine réside surtout dans les fibromes du corps de l'utérus qui par leur poids fléchissent l'organe, et d'autre part dans les brides de pelvi-péritonite ancienne qui fixent l'utérus à la paroi pelvienne latérale.

OBSERVATION VI

Mme M. H..., âgée de 20 ans, entre à la Maternité le 12 février 1929. Troisième geste.

Sa première grossesse datant de 1927 a été normale pendant toute son évolution ; elle a accouché d'un enfant mort-né, ayant succombé pendant le travail et porteur d'un circulaire large du cordon. La deuxième grossesse au début de 1928 s'est terminée par une fausse couche du 3^e mois que la malade avoue être d'origine artificielle. Sa troisième gestation actuelle a débuté normalement, ses dernières règles datent du 30 juillet 1928 ; dès le 3^e mois de la grossesse, la malade avait été incommodée par des douleurs dans la région lombaire, maxima du côté droit, coexistant avec des troubles de la miction. Le diagnostic de pyélonéphrite a été rapidement porté ; grâce à un régime approprié diététique et biotérapeutique les troubles urinaires n'ont pas tardé à s'atténuer considérablement. Elle est entrée à l'hôpital pour de nouveaux troubles, et au moment de son admission, les phénomènes vésicaux étaient réduits au minimum ; les urines

étaient claires et abondantes seul l'examen bactériologique des urines pouvait révéler l'existence de colibacilles d'une façon intermittente et peu abondante.

Les troubles pour lesquels la malade est entrée à l'hôpital sont essentiellement des troubles douloureux : douleur dans la région droite de l'abdomen ; mais la malade insistait énormément sur ce point que les douleurs éprouvées à ce moment (6 mois 1/2 de la gestation) n'étaient plus du tout du même type que celles éprouvées deux mois auparavant. Il s'agissait non plus d'une douleur localisée dans la région lombaire droite, mais d'une douleur diffuse dans toute la région lombaire avec une sensation de pesanteur insupportable rendant très difficile même presque impossible la marche et la station debout. En outre, la femme éprouve une douleur lancinante dans le flanc droit mais en avant entre l'épine iliaque antéro-supérieure et la région vésiculaire. A l'examen de l'abdomen on est immédiatement frappé par la déformation considérable et anormale du ventre ; celui-ci au lieu d'être régulier et globuleux en ovoïde à grand axe vertical est au contraire complètement reporté vers le côté droit.

A la palpation, en arrière, on ne réveille à la pression localisée aucun phénomène douloureux sur le trajet de l'uretère ou des nerfs abdomino-génitaux ; en avant on reconnaît que la région très douloureuse accusée à droite par la malade est précisément celle qui est distendue au maximum par le globe utérin. On constate qu'à gauche la région de l'hypochondre et du flanc sont pour ainsi dire vides, tout au plus perçoit-on un léger gargouillement résultant sans doute d'une dilatation accidentelle du côlon gauche ; cette zone est

du reste sonore à la percussion et la palpation profonde permet d'arriver avec la plus grande facilité sur le fond de la fosse iliaque. Le globe utérin est régulier, globuleux, on ne trouve aucun sillon sur le fond ou le côté gauche de l'utérus permettant de penser à un utérus cordiforme, ou à un utérus double dans lequel la grossesse occuperait la partie droite laissant vide l'utérus gauche. En effet, aussi bas que l'on puisse palper du côté gauche de l'abdomen, on ne perçoit aucun ressaut, aucune saillie transversale qui permette de penser qu'il existe là une moitié d'utérus inoccupée. Au contraire, le globe est régulier, l'enfant est en position verticale, la tête en bas bien appliquée au détroit supérieur mais non encore fixée, le dos à gauche ; il n'y a pas d'excès de liquide, les bruits du cœur fœtal sont normaux, et la hauteur utérine mesurée suivant l'axe (par conséquent obliquement) est de 28 centimètres.

Au toucher, immédiatement on est frappé par les sensations anormales que l'on perçoit. Le col est dévié à l'extrême il faut le chercher très haut dans le cul-de-sac vaginal gauche ; on y arrive assez difficilement, mais alors, on le sent regardant directement vers la gauche ; il est long, ramolli mais sans aucune tendance à l'effacement. Le cul-de-sac gauche perçu par dessous est vide. Par le palper abdomino-vaginal on n'arrive à sentir aucun balotement abdomino-vaginal à son niveau. Du côté droit, au contraire, les sensations sont extrêmement différentes : tout le cul-de-sac est occupé par une masse volumineuse arrondie, pseudo-fluctuante qui offre la consistance habituelle de l'utérus en état de gestation. Mais ce qui est surtout fort intéressant, et ce qui tromperait d'une façon considérable si l'on n'avait

constaté déjà la forte déviation du corps vers la droite, c'est l'existence d'un sillon extrêmement net, assez profond, qui sépare le col de la masse qui occupe le cul-de-sac latéral. Quant à la main abdominale elle ne sent à ce niveau que le corps utérin lui-même, et elle n'a en aucune manière la sensation de deux masses distinctes ou par leur forme, ou par leur consistance.

C'est dire que si l'on n'avait pas la notion évidente d'une latéro-version importante de l'utérus vers la droite, on aurait pu confondre les sensations offertes par le toucher vaginal avec celles que l'on est habitué à trouver dans les cas d'utérus gravide avec tumeur pelvienne latérale (fibrome de l'isthme ou kyste inclus dans le ligament large). La femme ayant été mise au repos on lui a d'emblée appliqué une ceinture rigide, sans mettre toutefois de pelote pendant les premiers jours. En outre, on lui a recommandé la position latérale en chien de fusil sur le côté gauche du corps. En deux ou trois jours les douleurs du flanc avaient disparu ; on put alors placer une pelote sur la région iliaque droite pour aider au redressement du globe utérin vers la ligne médiane. En même temps on remit la femme dans son lit en position dorsale ; malgré cela la réduction de l'utérus vers le milieu persista. Dès ce moment, les douleurs antérieures et postérieures s'atténuèrent, puis même disparurent complètement. Quelques jours après on put lever la malade et placer une deuxième pelote pour éviter un mouvement de bascule de l'utérus sur la droite. La femme a continué sa grossesse sous la surveillance hospitalière, mais dès ce moment-là a mené une vie normale, se levant d'une façon courante pendant toute la journée, et procédant

même à de petits travaux. Pendant tout le cours des deux derniers mois de la grossesse, la rectitude de l'utérus persista et la tête fœtale qui auparavant avait quelque tendance à reculer vers la fosse iliaque gauche est restée constamment d'aplomb sur le détroit supérieur. Une chose intéressante est à signaler : malgré le retour de la femme à un régime diététique normal, on n'a plus observé à aucun moment d'accident d'ordre urinaire. Pas de troubles de la miction, pas d'urines chargées ou purulentes, aucune douleur au niveau des points urétériques ; l'examen bactériologique des urines fait à plusieurs reprises montra d'une façon inconstante l'existence de colibacilles peu nombreux.

On peut donc semble-t-il poser la question de l'influence de la latéro-version pathologique de l'utérus sur la pathogénie de la pyélonéphrite antérieurement constatée. Il est en effet remarquable que du jour où l'anomalie mécanique a été corrigée la malade a pu revenir à un régime diététique absolument normal sans voir réapparaître les troubles urinaires antérieurement constatés. Sachant combien sont tenaces et difficiles à éliminer les troubles de pyélonéphrite, on peut se demander si l'origine essentielle de cette pyélonéphrite n'était pas une coudure ou une compression de l'uretère apparue très tôt sous l'effet d'une latéro-version droite de l'utérus insoupçonnée pendant les trois premiers mois de la grossesse, mais quand même agissante.

La femme a accouché le 5 mai 1919 d'un enfant de 3 kgr. 100 l'accouchement a été normal, la délivrance également, sauf une rétention des membranes qui ont été expulsées deux heures après la délivrance. Pendant les suites de couches l'involution s'est produite normalement,

mais une chose d'intérêt est à signaler : comme on avait négligé de placer une ceinture et une pelote à droite de l'abdomen, au quatrième jour, en même temps qu'on observait une élévation de la température, on constatait que l'utérus avait repris sa place dans la fosse iliaque droite. En même temps les lochies qui jusqu'à présent s'écoulaient d'une façon abondante et gardaient un aspect favorable, s'étaient brusquement arrêtées. On pensa ainsi à une lochiométrite due à la nouvelle inflexion de l'utérus vers la droite ; la position d'un drain de Mouchotte donna en effet issue à une grosse quantité de lochies, rouge-brunâtres non fétides. On s'empressa de replacer une ceinture avec une pelote à droite assurant la rectitude de l'utérus. Ultérieurement, l'évolution a été parfaitement normale, l'écoulement des lochies se poursuivit d'une façon régulière et en abondance et en aspect, et l'involution se produisit d'une façon très satisfaisante.

OBSERVATION VII

Mme R. L., âgée de 20 ans, primigeste. Vient consulter au septième mois de sa gestation ; ses dernières règles datent du 5 juin 1928. Le début de la grossesse a été pénible, marqué par des vomissements abondants et répétés pendant les quatre premiers mois de la gestation, et par une albuminurie de 50 centigrammes qui existe depuis le deuxième mois environ et a persisté depuis sans amélioration ni aggravation jusqu'à la période actuelle malgré un régime diététique soigneusement suivi. La

malade vient consulter envoyée par un médecin de ville qui a constaté lors d'un examen récent une déformation de l'abdomen qui lui a paru singulière. En effet lorsqu'on examine la malade on est de suite frappé par l'aspect irrégulier de l'abdomen qui se présente sous la forme d'un cœur de carte à jouer. La saillie maxima est à droite de la ligne médiane, la saillie gauche est beaucoup moins volumineuse, marquée par une ligne supérieure convexe et située à deux travers de doigt au moins au-dessous de celle qui marque la limite supérieure de la masse droite. Entre les deux un sillon est nettement visible. Cette déformation est constante et n'est pas le fait d'une contraction accidentelle du muscle utérin ; d'emblée on pense ainsi à l'existence d'un utérus cordiforme.

Or, dès que l'on palpe l'abdomen on est frappé par la différence de consistance des deux côtés de cette masse en forme de cœur. Alors que la masse du côté droit donne tout à fait l'impression d'un utérus gravide, à la fois par sa consistance et par la trouvaille de parties fœtales très nettes, au contraire, la saillie gauche est mollassse sans aucune résistance, et ne donne pas l'impression d'appartenir à un organe plein tel qu'un utérus gravide. En effet lorsque l'on précise l'examen on trouve que la masse droite contient le fœtus en totalité, on sent un pôle résistant en haut qui semble être un siège, un plan résistant à droite, et la tête est trouvée dans la région hypogastrique ; elle n'est pas fixée bien que la malade soit une primipare, mais montre au contraire une tendance très nette à filer vers la gauche. La mobilisation transversale de la tête se transmet du reste très aisément et entraîne le siège situé sous l'hypochondre droit. Au con-

traire, du côté gauche, on ne sent rien qu'une sensation de résistance élastique. La percussion a été ici particulièrement précieuse, en révélant une sonorité tympanique sur toute la surface de la saillie gauche ; il s'agissait ainsi inévitablement d'une saillie due à la dilatation de l'intestin alors que la masse droite était constituée en totalité par l'utérus gravide, latéroversé vers la droite. Du reste, l'interrogatoire de la malade révélait outre une sensation de gêne du côté droit avec parfois même une difficulté de la respiration lorsqu'elle se couchait de ce côté, des troubles intestinaux fort importants ; ces troubles résidaient en une constipation extrêmement opiniâtre ne cédant que difficilement aux moyens habituels, accompagnée de borborygmes et de météorisme permanent.

Le toucher vaginal révéla comme on pouvait s'y attendre un col utérin caché dans le cul-de-sac vaginal gauche ; le palper abdomino-vaginal permettait facilement d'obtenir le balottement du pôle céphalique dans le cul-de-sac vaginal droit ; par contre, à gauche on n'arrivait que difficilement à sentir le fœtus par le doigt vaginal.

Ce fait était précieux car il permettait d'éliminer le diagnostic d'une tumeur latéro-utérine ou d'une gravidité dans un utérus double qui aurait pu tout de même se poser étant donné le degré intense d'inclinaison de l'utérus vers la droite. L'application de la ceinture se fit sans aucune difficulté, et d'emblée on put appliquer deux pelotes dans la région du flanc droit. Ainsi put être obtenue une correction parfaite de la déviation utérine en même temps que la tête perdait sa tendance à filer vers la fosse iliaque gauche. Après une huitaine de jours d'application de la ceinture, on

constata même que la tête jusque-là haute, mobile et non engagée venait d'accomplir son engagement au prix de quelques douleurs pelviennes que la femme éprouva dans les jours suivant l'application de la ceinture. La femme a poursuivi sa gestation dans d'excellentes conditions malgré son albuminurie qui n'a jamais augmenté au-delà des chiffres constatés précédemment ; elle n'a jamais fait d'accident œdémateux ou hypertensif, et l'accouchement s'est passé normalement le 4 mars 1929 : accouchement naturel et normal d'un enfant de 2.450 grammes ; délivrance normale de 620 grammes. Les suites de couches ont été sans incident ; la femme revenue consulter deux mois 1/2 après son accouchement pour son enfant, a été elle-même examinée. Or, malgré que le col fut revenu complètement à la normale et bien dans l'axe antéro-postérieur, regardant en bas et en arrière, on a trouvé que le corps avait gardé son inclinaison latérale vers la droite au point que le fond de l'utérus était trouvé non pas sur la ligne médiane, mais nettement à droite de cette ligne. L'interrogatoire n'a pas révélé d'antécédents pathologiques particulièrement précis ; la femme avait eu quelques pertes blanches, mais jamais de douleurs plus marquées à droite qui auraient pu faire penser à une salpingite antérieure ayant fixé l'organe dans sa position défectueuse. La seule chose digne d'être notée est l'existence d'une appendicite pour laquelle la malade n'avait pas voulu se faire opérer avant la 3^e crise et qui l'avait fait souffrir considérablement avant l'intervention. Celle-ci ayant été faite en province, on n'a pas pu obtenir des renseignements sur les trouvailles anatomiques ; renseignements qui auraient été précieux pour établir si l'anomalie de position uté-

rine n'était pas due à des phénomènes de péritonite plastique consécutive à cette appendicite longtemps traînante.

OBSERVATION VIII

Mme P..., âgée de 27 ans, sécondigeste. La première grossesse remonte à six ans et s'est terminée par un avortement vraisemblablement provoqué à la suite duquel la malade a commencé une histoire d'inflammation pelvienne qui a subi des phases plus ou moins aiguës jusqu'à aller, deux ans après l'avortement, à déterminer une pelvi-péritonite immobilisant la malade pendant six mois et nécessitant une colpotomie. Depuis, la malade a toujours souffert dans le bassin et dans la région lombaire et a eu des pertes blanches qui ne se sont jamais interrompues. Les dernières règles de la gestation actuelle remontent à fin juin 1928. Pendant les premiers temps, outre l'existence de signes sympathiques, la femme a constaté plutôt une diminution dans l'intensité et la continuité des douleurs qu'elle éprouvait depuis plusieurs années. L'évolution de la grossesse s'est prolongée d'une façon normale pendant les 5 premiers mois, mais à partir de ce moment les douleurs sont réapparues sous une autre forme que les précédentes : il s'agissait alors d'une pesanteur lombaire insupportable empêchant la malade de rester debout et de marcher d'une façon prolongée, et d'autre part d'une douleur assez localisée dans la région iliaque gauche et le flanc gauche. La femme vient consulter en janvier 1929 pour ces troubles ; elle est alors au 7^e mois environ de la grossesse. L'abdomen est globuleux, régulier,

le globe utérin remonte verticalement jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, mais on est frappé par le fait que malgré la symétrie apparente de l'abdomen, l'utérus est très nettement déporté vers le côté gauche et que la fosse iliaque droite est à peu près vide de contenu solide. L'enfant est placé verticalement la tête en bas, bien appliqué sur l'aire du détroit supérieur, le dos est à gauche, les bruits du cœur sont nettement perçus. Lorsqu'on palpe le fond de l'utérus, on le sent qui file sous les fausses côtes gauches et lorsqu'on arrive sur le bord gauche de l'organe, la pression devient extrêmement douloureuse dans toute sa partie inférieure. Au toucher vaginal on constate les signes paradoxaux suivants : le col est dans l'axe antéro postérieur, regardant bien en bas et un peu en arrière, il est ramolli et long, non perméable.

Le cul-de-sac droit est normal : par le palper combiné au toucher on perçoit dans le cul-de-sac une sensation nette de ballottement abdomino vaginal. Par contre, le cul-de-sac gauche est complètement comblé par une saillie arrondie, régulière donnant la consistance habituelle d'un utérus gravide et dont la nature est confirmée par la constatation de contractions obtenues après pressions répétées au niveau de cette tumeur. Entre le col et la tuméfaction gauche, on perçoit l'existence d'un sillon mais pas très profond ni même bien marqué. Du reste, si on mobilise au prix de violentes douleurs dans le flanc gauche la masse utérine on obtient un entraînement très net de la masse qui comble le cul-de-sac vaginal gauche.

L'apposition de la ceinture eutocique fut exercée d'une façon extrêmement douce et prudente. On commença par

faire porter à la femme une ceinture élastique en crêpe Velpeau qui put être remplacée au bout de quelques jours par une ceinture résistante ; en même temps on plaçait la malade couchée sur le côté droit. L'évolution de la grossesse se poursuivit d'une façon à peu près normale en ce sens que les douleurs furent atténuées, mais on n'obtint pas une correction parfaite de la déviation utérine. Au cours du 8^e mois la malade déclara ne plus percevoir les mouvements actifs du fœtus, et en même temps, elle accusait une sensation de plénitude au niveau des seins. De fait, l'auscultation attentive du globe utérin ne révéla plus en aucun point l'existence de bruits de cœur fœtal et on constata une augmentation très nette de volume des seins suivie d'une montée laiteuse qui dura quelques jours. Le diagnostic de rétention fœtale fut confirmé dans les jours suivants, et la femme accoucha, environ trois semaines après la date présumée de mort du fœtus, d'un enfant macéré pesant 2.100 grammes du sexe féminin présentant une anomalie importante : atrophie des deux mains remplacées par un moignon boudiné auquel étaient appendus des petits tubercules répondant vraisemblablement aux tractus digitaux. L'absence de tout antécédent spécifique chez la femme et le procréateur fait poser la question de savoir s'il n'existe pas une relation entre la mort de l'enfant et ses malformations d'une part, et d'autre part la déviation intense de l'utérus vers la gauche.

Cette observation nous a paru particulièrement intéressante du fait qu'elle est un type de la latérotation d'utérus gravide dite chirurgicale.

Nous répétons en effet que si une latéro-version vers la droite peut fort bien n'être accompagnée d'aucune affection chirurgicale causale, au contraire, dès qu'on observe une latéro version très marquée et fixée vers la gauche, il faut chercher s'il n'existe pas une cause pathologique antérieure à cette déviation. D'autre part, comme on pouvait s'y attendre cette latéro-version chirurgicale fixée était non seulement accompagnée de douleurs intolérables, mais elle s'est montrée absolument rebelle au traitement par ceinture eutocique.

Nous avons constaté les mêmes faits pour les antéversions chirurgicales fixées. On conçoit du reste parfaitement que la résistance au traitement si simple de la ceinture eutocique est due dans ce cas aux adhérences pathologiques considérables contractées par l'utérus avec la paroi pelvienne latérale du fait de la pelvi-péritonite ancienne. Cette pelvi-péritonite n'avait du reste jamais été complètement refroidie et les adhérences péri-utérines devaient être considérables.

L'observation suivante va nous montrer que ce n'est pas seulement dans les latéro-versions gauches de l'utérus qu'il faut chercher une déviation d'origine chirurgicale, et que ces déviations chirurgicales peuvent malgré leur origine être justiciables du traitement par la ceinture.

OBSERVATION IX

Mme S... H., âgée de 44 ans, quatrième geste. 1^{er} accouchement grossesse gémellaire avec un enfant vivant, un enfant macéré; deuxième accouchement prématuré à huit mois d'un enfant bien portant; 3^e gestation terminée par un avortement au 3^e mois. La gestation actuelle a des règles remontant au 3 septembre 1928. La femme a eu un début de grossesse normale. Les troubles sympathiques ont été pour ainsi dire inexistantes, et la femme ne s'est plainte de rien jusqu'au cours du quatrième mois. A ce moment se produisit une hémorragie assez abondante de sang rouge, sans caillots, non douloureuse qui a duré pendant 3 jours et avait fait penser à la possibilité d'une imminence d'avortement. Cependant grâce au repos tout était revenu à la normale sans que jamais la femme ait souffert. Pendant les quelques jours suivant la femme ne présenta aucun accident; puis il se produisit une nouvelle hémorragie modérée, spontanément interrompue au bout de deux jours.

Au cours du 8^e mois la femme consulte un médecin de ville pour une nouvelle hémorragie de l'importance de la première. Le médecin l'envoie avec le diagnostic de placenta proevia d'autant plus dit-il qu'il a perçu des sensations physiques nettement anormales. A son entrée la femme est pâle, anémiée, l'abdomen est volumineux et d'emblée on note une asymétrie due à ce que la partie droite du ventre est nettement plus développée que la partie gauche.

A la palpation du globe utérin, on perçoit un enfant en présentation verticale, la tête en bas, nettement sentie au-

dessus du détroit supérieur sur lequel elle est bien appliquée, et on peut la mobiliser avec facilité d'une fosse iliaque à l'autre. Le dos est à gauche, on sent parfaitement bien le pôle sacré d'autant plus que la paroi utérine est assez flasque et n'offre pas de résistance à la palpation. Au-dessus et à droite du pôle supérieur du fœtus, on sent une nouvelle masse arrondie, régulière que l'on pourrait à première vue prendre pour un pôle fœtal, mais cette masse est beaucoup plus régulière que ne le serait n'importe quel pôle; d'autre part elle n'a pas la dureté d'une tête de fœtus même avant le terme. Enfin, comme volume elle ne dépasse pas celui d'une grosse orange.

Pour toutes ces raisons on pense qu'il ne s'agit pas d'une partie fœtale, mais d'une tumeur annexée à l'appareil utérin. Le déplacement de l'utérus vers la gauche se fait facilement en plaçant la malade en décubitus latéral gauche. On constate alors que cette masse arrondie se prolonge sur le côté droit de l'utérus par d'autres masses mamelonnées qui donnent avec évidence l'impression d'un fibrome volumineux du fonds de l'utérus et de la région de la corne droite de l'organe. Lorsqu'on remet la malade en position dorsale, immédiatement l'utérus s'incline à nouveau vers la droite et reprend la latéro-version qu'on avait précédemment constatée. Dans ces conditions il devenait évident qu'on était en présence d'une latéro-version due à un fibrome entraînant l'utérus par son poids dans la partie droite de l'abdomen. Le toucher vaginal permettait de sentir un noyau occupant la partie sus-vaginale de l'utérus sur son côté droit, rendant ainsi compte de l'origine des hémorragies constatées antérieurement.

Le traitement chirurgical par myomectomie ne pouvait être envisagé étant données la multiplicité et la diffusion des masses fibromateuses occupant le fond et le bord droits de l'utérus. D'autre part contre les hémorragies arrêtées momentanément il convenait de n'observer que le repos. Cependant, devant la mobilité extrême de la tête et sa tendance à filer du côté gauche, on fit l'apposition d'une ceinture eutocique qui réalisa une correction immédiate de la déviation utérine. La ceinture fut conservée malgré la station au lit de la malade, de façon que dans l'imminence d'un travail celui-ci débutât dans des conditions favorables. C'est ce qui se réalisa : en effet, le travail survint avant terme ; la bonne application de la tête sur le détroit supérieur le rendit très rapide ; la femme accoucha d'un enfant de 2.200 grammes, la délivrance fut naturelle et normale et malgré la crainte où l'on était de la possibilité d'hémorragies de la délivrance, la perte de sang ne fut pas considérable.

Cette observation est intéressante du fait qu'elle montre que dans l'occurrence d'une latéro-version droite d'utérus gravide, il ne faut pas se contenter de ce simple diagnostic et considérer *à priori* la déviation comme une déviation essentielle ou spontanée, suivant l'expression classique. En effet, il peut se cacher derrière cette latéro-version un phénomène pathologique causal qu'il importe essentiellement de reconnaître pour y remédier si possible, ou bien comme dans ce cas pour en éviter les inconvénients. L'application de la ceinture n'a pas été ici l'élément décisif, cependant il est permis de pen-

ser que remettant l'utérus en position normale, elle a contribué à faciliter et à activer l'accouchement chez cette femme où la moindre difficulté obstétricale aurait pu être à l'origine de graves déboires du fait de la texture fibromateuse de son utérus.

OBSERVATION X

Mme A. M .., âgée de 24 ans, secondigeste.

Le premier accouchement a été normal; les dernières règles de la gestation actuelle remontent au 29 juillet 1928, dès le deuxième mois de sa grossesse, la femme a présenté des accidents syphilitiques évidents qui ont fait mettre en œuvre un traitement antispécifique énergique. La femme vient consulter au sixième mois de sa grossesse pour des troubles douloureux considérables. L'abdomen est régulier, globuleux, on constate que le globe utérin remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; on sent nettement la tête encore mobile au-dessus du détroit supérieur. Au toucher on est immédiatement frappé par deux choses :

A son entrée dans le vagin le doigt rencontre une saillie sur laquelle il bute et qui appartient à la face postérieure du vagin. Pour chercher le col il faut aller très haut et très en avant; on le trouve caché derrière la symphyse; il est long, ramolli, mais non perméable. L'exploration de la masse postérieure montre qu'il s'agit d'une masse régulière, arrondie, fluctuante, donnant l'impression très nette d'un utérus gravide; du reste, on arrive à avoir la sensation d'une contraction qui confirme la nature utérine de cette masse. Le toucher rectal montre que la lumière rectale est obturée

par la même masse qui offre la même consistance et la même régularité caractéristique. Il s'agit incontestablement d'un utérus gravide rétrofléchi ; du reste l'interrogatoire permet de reconnaître les signes fonctionnels caractéristiques : une constipation opiniâtre et une envie fréquente d'uriner qui recommence dès après chacune des mictions qui sont répétées et peu abondantes. Dans ces conditions on pratique un sondage vésical ; le sondage est assez difficile et permet de recueillir une quantité importante d'urine trouble, blanchâtre, dans laquelle l'examen microscopique révèle l'existence de cellules vésicales altérées en grand nombre et d'une flore microbienne importante.

La réduction de l'utérus se fit par le palper bi-manuel d'une façon assez aisée ; on recommanda à la femme la position genu-pectorale à observer pendant une heure au minimum trois fois par jour. Au bout de quelques jours la femme revenait consulter : on observa la reposition de l'utérus en avant en même temps que la disparition de la masse précédemment perçue au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur et de la paroi antérieure du rectum. Grâce à une série de lavages vésicaux au nitrate, les urines étaient redevenues claires, mais on était frappé par le fait que l'utérus antérieurement trouvé dans la cavité abdominale n'occupait à vrai dire que la partie extrême droite de cette cavité, présentant par conséquent une *latéro-version* intense qui gênait la malade d'une façon plus impérieuse que ne l'aurait fait la rétroversion antérieure pour laquelle elle était venue consulter. Hospitalisant alors la malade, on s'employa à réduire cette latéro-version droite par l'application d'une ceinture avec une pelote dans la fosse iliaque droite : cette application fut

extrêmement prudente. On eut soin de vérifier chaque jour l'état du cul-de-sac postérieur du vagin de façon à se rendre compte si la rétroversion ne se reproduisait pas. Il n'en fut rien du reste ; à mesure que la grossesse évoluait, les dangers de reposition de l'utérus en arrière, avec ceux de réincarcération dans le Douglas et l'excavation pelvienne diminuaient de plus en plus. Quant à la latéro-version on obtint par une striction régulière et progressive de la ceinture sa correction très suffisante pour amener la tête bien d'aplomb sur l'aire du détroit supérieur. Cette évolution ultérieure de la grossesse a été parfaite ; la malade a accouché le 1^{er} juin 1929 d'un enfant de 3.300 grammes et les suites de couches furent régulières ; on eut cependant la précaution de placer la malade en décubitus latéral gauche à partir du quatrième jour pour éviter autant que faire se peut une réapparition de la rétroversion.

L'intérêt de cette observation réside dans le fait que même dans la rétroversion au cours de laquelle il n'est pas question d'utiliser la ceinture eutocique, il peut se produire des phénomènes adjacents favorablement influencés par le port de la ceinture après la disparition de la rétroversion. .

Devant la latéro-version utérine, il faut encore se poser une question avant l'application systématique de la ceinture : celle de savoir si on est véritablement en présence d'une simple anomalie de position de l'utérus, ou bien si cette anomalie n'est pas due à un phénomène pathologique d'ordre différent résultant d'une greffe anormale de l'œuf, par exemple une greffe dans un utérus double, auquel cas la grossesse se développe dans un des utérus latéraux qui subit

une ampliation normale mais latéralisée d'un côté, alors que de l'autre côté l'autre utérus subit lui aussi une augmentation de volume par suite de l'augmentation d'épaisseur de ses parois. Il n'en existe pas moins une forte disproportion qui permet cependant de reconnaître soit par le toucher vaginal, soit par le palper abdominal l'existence d'une masse appendue à l'utérus gravide permettant ainsi d'éliminer le diagnostic de latéro-version pure.

Un autre diagnostic doit être également éliminé, d'une importance plus grande encore : c'est le cas d'une asymétrie utérine par grossesse angulaire ; celle-ci peut en effet arriver à un développement considérable et à mesure que l'œuf grossit, il gagne de plus en plus dans la cavité utérine elle-même. Cependant, même alors il est latéralisé d'un côté et occupe une plus grande partie de l'abdomen au détriment de l'autre. Il est d'un certain intérêt de reconnaître cette éventualité, car dans ces cas l'application d'une ceinture peut être nocive sur un œuf greffé d'une façon générale imparfaite dans une partie de l'utérus pauvre à la fois au point de vue musculaire et au point de vue vasculaire.

3° La ceinture eutocique dans les grandes déficiences de la paroi abdominale antérieure.

Nous allons envisager les cas dans lesquels une grosse déficience de la musculature antérieure peut être suppléée avec avantage par l'utilisation de la ceinture eutocique. Ce sont essentiellement les éventrations et les hernies consécutives à des dis-

tensions antérieures considérables de l'abdomen : c'est dire que cette éventualité s'observe d'une façon habituelle chez des multipares dont la musculature a été fatiguée par les grossesses successives. Il ne s'agit pas cependant d'une règle générale. On peut observer ces déficiences pariétales chez des primipares, l'observation suivante en est un exemple :

OBSERVATION XI

Mme G. C. . . âgée de 22 ans se présente au cinquième mois de sa gestation dont les dernières règles remontent au 4 août 1928 ; elle a présenté des phénomènes sympatiques extrêmement accusés pendant les 2 premiers mois. La raison pour laquelle elle consulte est la suivante : la femme est déformée d'une façon qui lui paraît anormale, et elle souffre sans arrêt dans la région lombaire et pubienne ; en outre elle a une envie perpétuelle d'uriner qui n'est pas satisfaite malgré les mictions très fréquentes. A l'examen on trouve une femme très maigre ; quand elle est debout on constate une déformation extrêmement accusée en besace de son abdomen, dont l'augmentation de volume est localisée à la région sous-ombilicale qui pointe en bas et en avant, de sorte que la saillie utérine recouvre la région pubienne.

L'ombilic est situé bien au dessus de l'apex de la tumeur utérine, sur une zone qui semble appartenir à la face postérieure de l'organe. Quand la femme se couche, la déformation se réduit, mais mal ; sous les efforts de pression, on arrive à faire réintégrer l'utérus dans la cavité abdominale, mais non sans une douleur exquise au niveau de toute la

peau sous-ombilicale et dans la partie correspondante de l'utérus.

Un examen plus étendu montre que la femme est une aplasique générale : on constate l'existence d'une hernie ombilicale et de deux hernies crurales. En outre, elle présente des varices importantes au niveau des membres inférieurs, des hémorroïdes qui existaient déjà avant la grossesse, mais se sont accentuées au cours de celle-ci, une ptose importante des seins, enfin sa peau est flasque, sans aucune tonicité ni élasticité. On applique une ceinture eutocique complétée par trois tampons : deux latéraux et un transversal au niveau de la région supérieure de l'utérus. C'est ainsi qu'on arrive à réintégrer l'utérus dans sa position normale, ce qui fait disparaître d'emblée les pesanteurs et les douleurs accusées précédemment et rend à la femme la marche de sa grossesse beaucoup plus facilement supportable.

OBSERVATION XII

Mme T. H. . . , âgée de 32 ans, troisième geste : dernières règles en juin 1928. Le premier accouchement a été normal mais à sa suite elle constata l'existence d'une large brèche entre les deux muscles droits de l'abdomen qui persista malgré le port d'une ceinture élastique à vrai dire trop étroite et mal appliquée. A chaque effort la femme présentait une saillie volumineuse longitudinale entre les deux muscles droits de l'abdomen. Dès ce moment là, des troubles digestifs importants caractérisés par une constipation perpétuelle, des nausées, un météorisme important ont gêné la malade. La deuxième grossesse a été normale jusqu'au

quatrième mois mais dès ce moment, la femme éprouva des douleurs intenses à la station debout ; en même temps la masse utérine plongeait, dit-elle, en avant et lui donnait l'impression d'être sous la peau.

L'accouchement fut long et nécessita l'application du forceps ; il se termina par l'extraction d'un enfant mort-né.

Pendant toute la durée de cette deuxième grossesse depuis le quatrième mois, la femme avait dû garder le lit d'une façon permanente.

La grossesse actuelle avait commencé dans les mêmes conditions que la précédente. La femme s'est couchée à partir du quatrième mois ; malgré cela l'utérus plongeait à nouveau en avant et la femme vint consulter au 6^e mois, on la trouva dans l'état suivant : Abdomen en besace, globuleux et recouvrant la région pubienne ainsi que le pli de l'aîne ; la peau est extrêmement amincie, violacée et mal nourrie ; on sent le globe utérin avec une extrême facilité et le fœtus donne l'impression d'être sous la peau. Par le toucher on reconnaît le col qui est très haut et très en arrière ; grâce à une pression régulière, douce et progressive on arrive à ramener un peu l'utérus en arrière, la femme n'en éprouve pas un soulagement immédiat, mais on peut alors reconnaître les bords internes de chacun des deux grands droits de l'abdomen qui sont extrêmement éloignés l'un de l'autre à 10 ou 15 cm. au moins. La femme est alors laissée au lit.

La ceinture eutocique est appliquée d'abord sans les pelotes que la femme ne peut supporter ; au bout de quelques jours on peut les y adjoindre étant donnée l'atténuation considérable des douleurs antérieurement éprouvées. Peu de jours après la malade peut en gardant la ceinture étroi-

tement appliquée reprendre la station debout, ce qu'elle fait sans éprouver la moindre gêne.

Du 6^e mois jusqu'au terme de la grossesse, la femme put rentrer chez elle et mener une vie en tous points normale, ce qu'elle n'avait pu faire au cours de la grossesse antérieure, que n'avait pas aidée le port de la ceinture.

La femme accoucha chez elle à la suite d'un travail extrêmement rapide, contrairement à l'accouchement précédent. Il est permis de penser que si la ceinture eutocique n'a pas suppléé à la déficience des muscles pariétaux au cours de l'accouchement, du moins a-t-elle contribué à faciliter ce dernier en rétablissant la rectitude de l'utérus, et en donnant aux forces de poussée du muscle utérin leur direction normale.

OBSERVATION XIII

Mme S... âgée de 43 ans, troisième geste : 1^{re} grossesse 12 ans auparavant terminée par un avortement au 3^e mois. 2^e grossesse à 34 ans ayant évolué normalement et terminée par un accouchement normal. 3^e gestation actuelle : la femme vient consulter au 7^e mois envoyée par un médecin parce qu'elle présente une hernie ombilicale volumineuse.

Il s'agit d'une femme pas très grasse dont la hernie remonte à l'enfance ; elle avait eu, disait-elle, une hernie jusqu'à l'âge de dix ans, celle-ci était disparue à ce moment pour faire place à une légère impulsion aux efforts et à la toux. Depuis l'âge de trente ans environ et surtout depuis la deuxième grossesse, une saillie apparue dans la région ombilicale, avait augmenté d'une façon progressive pendant les dix dernières années.

A l'examen on trouve l'utérus globuleux gros comme pour une grossesse de 7 mois environ. L'enfant est en position verticale ; la tête en bas est nettement perçue dans l'hypogastre : elle est bien appliquée sur le détroit supérieur mais non fixée ; le dos est à droite, l'enfant vivant, la région ombilicale est complètement déformée par une saillie élargie, arrondie, sonore à la percussion, réductible incomplètement, cette réduction étant douloureuse et les bords de l'orifice ombilical très larges, cet orifice ayant un diamètre de 10 à 12 cm. suivant la direction.

Dans la position debout la femme éprouve des douleurs perpétuelles au niveau du collet de la hernie, d'autant plus qu'étant donné le peu de force de la musculature de la paroi abdominale, l'utérus tend à tomber en avant et augmente encore les phénomènes de compression au niveau de la hernie, ainsi que les troubles d'obstruction intestinale. Dans ces conditions on hospitalise la malade et sur la malade couchée on fait l'application d'une ceinture eutocique complétée par un tampon d'ouate peu comprimé que l'on dispose sur la saillie herniaire. La conjugaison des efforts exercés d'une part sur la hernie elle-même, d'autre part sur le globe utérin pour l'empêcher de se porter en avant ont fait que la grossesse a pu être supportée d'une façon très satisfaisante pour la malade ; elle a pu même, au bout de quelques jours, se relever, faire quelques petits travaux, et l'on n'a eu à observer aucun des accidents intestinaux d'engouement, d'obstruction ou même d'occlusion auxquels on aurait pu s'attendre précédemment. L'accouchement s'est fait sans incident, la dilatation a été rapide et l'engagement ne progressant pas, il a été terminé par une

application de forceps heureuse pour la femme et l'enfant.

Dans tous ces cas d'aplasie de la paroi abdominale antérieure soit congénitale, soit acquise chez les multipares, la ceinture a eu pour premier effet important de faire office de sangle abdominale. Ainsi que Glénard l'a montré la ligne blanche avec l'intrication des multiples plans fibreux qui se produit à son niveau constitue l'essentiel de la résistance dans le système de contention des organes abdominaux ; c'est dire que lorsque cette ligne blanche subit une déficience telle que les viscères ne trouvent plus de point de résistance en avant, même en état de non gravidité, il en résulte une ptose générale des organes intra-abdominaux qui est à l'origine de troubles fonctionnels considérables. On comprend ainsi que lorsque le globe utérin subit une augmentation de volume et de poids aussi rapide et aussi importante que celle qui se produit dans les derniers mois de la grossesse, on observe un véritable effondrement. L'utérus étant normalement en antéversion légère, la pression atmosphérique et celle des organes intra-abdominaux font que rien n'arrête plus l'utérus dans sa chute en avant. C'est dans de telles conditions que la ceinture eutocique bien appliquée pourra rendre les services les plus considérables en rendant à l'utérus son équilibre normal. En outre, le fait de relever l'utérus et de le rétablir dans sa position habi-

tuelle polira quelque peu comme nous le verrons plus tard au cours de l'accouchement, à l'insuffisance des muscles abdominaux qui ne peuvent plus concourir aux efforts d'expulsion exercés sur le contenu utérin. Dans les cas enfin où l'application d'une ceinture eutocique serait rendue nécessaire par l'existence d'une hernie intestinale au niveau de la paroi abdominale antérieure, il conviendrait d'utiliser la pelote mais d'une façon prudente et raisonnée ; en effet, mal appliquée, on verrait se produire les accidents mécaniques les plus dangereux au niveau des organes coincés (grêle ou côlon). Il faut donc ne mettre la ceinture que lorsqu'on a réalisé une réduction douce et complète des organes herniés et l'on n'appliquera ces pelotes et ne serrera la ceinture que lorsqu'on sera certain qu'aucun organe ne se trouve pris entre le collet de la hernie et les plans sous-cutanés. Ces observations sont du reste applicables aussi bien aux hernies de la ligne blanche, aux hernies inguinales et crurales qu'aux hernies ombilicales.

GROUPE II

LA CEINTURE EUTOCIQUE DANS LES ANOMALIES D'ATTITUDE DU FŒTUS

Ce n'est pas seulement lorsque l'utérus dans l'ensemble est déplacé ou dévié que la ceinture peut être utile ; les anomalies d'attitude du fœtus sont, nous l'avons dit, fréquemment réductibles par

l'application judicieuse d'une ceinture bien posée. On peut l'utiliser pour réduire une position vicieuse et surtout pour maintenir ultérieurement la réduction que l'on a obtenue par des manœuvres appropriées.

A) Dans les présentations du sommet.

Dans les présentations par la tête on peut être en présence d'un fœtus dont la tête n'est pas engagée ni même appliquée au détroit supérieur pour des raisons très variables. Ce phénomène qui peut être sans importance chez une multipare dont l'utérus est flasque, sans tonicité, mal contracté sur un fœtus très mobile, doit d'emblée attirer l'attention chez une primipare surtout quand on constate cette anomalie dans les derniers mois de la grossesse. On sait en effet que l'engagement de la tête est beaucoup plus précoce chez la primipare que chez la multipare. Dans certains cas, on sait qu'il faut invoquer une mauvaise accommodation du fœtus par anomalie de l'utérus lui-même ; nous en avons vu des exemples dans le groupe d'observations précédentes. En effet, une latéroversion, un fibrome utérin, une tumeur pelvienne ou un placenta prævia peuvent empêcher la tête de se fixer puis de s'engager ; nous avons vu que dans ces cas l'utilisation de la ceinture pouvait être très précieuse. Il en est de même pour les vices de position de fœtus dus à une anomalie de l'œuf : excès de liquide par exemple, ainsi que nous le verrons plus tard. Plus souvent ces anomalies tiennent à des défauts pelviens : ou bien il s'agit d'un bas-

sin rétréci ou bien d'un bassin en mauvaise position, antéverson surtout. Il est évident que dans les cas de disproportion trop grande entre le bassin et le contenu utérin, la question de la thérapeutique par ceinture ne peut pas se poser, mais que dans ces cas extrêmes il faut dès longtemps avant l'accouchement envisager la nécessité d'une extraction par voie haute grâce à un procédé judicieusement choisi. Tout l'intérêt de la question réside dans les cas limites pour lesquels une faible anomalie pelvienne fait que la filière pourra laisser passer le contenu utérin, à condition qu'on ne soit pas en présence d'un contenu trop volumineux. C'est ainsi qu'à ce sujet se pose toute la question si importante de l'épreuve du travail, question qui a été élucidée de la façon la plus magistrale par l'école du professeur A. Pinard et qui a permis d'écarter d'une façon presque définitive la césarienne à heure fixe coupable de tant de mécomptes. On sait combien l'épreuve du travail a du reste été encore étendue dans ses applications au cours de ces dernières années par l'entrée dans l'arsenal thérapeutique de la césarienne basse supra-symphysaire. On sait aussi combien sont nombreux les cas dans lesquels l'épreuve du travail menée consciencieusement a pu faire terminer les choses par une évacuation par les voies basses au grand contentement de la patiente et pour sa plus grande sécurité. Mais, pour mener à bien une épreuve du travail encore faut-il donner à la femme toutes les possibilités de le faire.

La ceinture eutocique en réalisant une bonne application du fœtus sur l'aire du détroit supérieur, en donnant à l'utérus une rectitude qui assure une bonne direction des forces de poussée, met la femme dans les conditions les meilleures pour mener à bien cette épreuve du travail et assurer un engagement de la présentation si toutefois celui-ci est possible. C'est pourquoi, avant de donner les quelques observations qui nous intéressent à ce point de vue, nous insistons sur le fait qu'il ne convient de mener l'épreuve du travail et d'y adjoindre le moyen de la ceinture que dans les cas où il n'existe pas une disproportion flagrante entre le bassin et le contenu utérin. Il ne faut certes pas pousser la prudence à l'excès et bien des fois l'épreuve du travail qu'on avait décidée par acquis de conscience se termine au grand étonnement de tous par l'évacuation du fœtus par les voies naturelles.

OBSERVATION XIV

Mme A ..., âgée de 27 ans, entre à la Maternité au huitième mois de sa gestation envoyée par un médecin qui lui a trouvé un bassin rétréci. La première grossesse a été normale et bien supportée. L'examen montre un utérus remontant à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, l'enfant est en présentation verticale, tête en bas, le dos à gauche ; mais bien que l'on ait dépassé le début du huitième mois de la grossesse, la tête très haute, sans aucune tendance à l'engagement, non fixée, est très mobile au-dessus de la sym-

physe pubienne et peut être ramenée par la palpation bimanuelle d'une fosse iliaque à l'autre. Le toucher vaginal montre un col haut, long et ramolli non perméable : il précise l'état du pelvis qui est en effet touché : on arrive sur le promontoire, le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 cm. 4, la ligne innominée est suivie sur la plus grande partie de son parcours et on fait dans ces conditions le diagnostic de bassin généralement rétréci, d'autant plus que la femme présente des stigmates assez nets de rachitisme généralisé. La hauteur utérine est alors de 29 cm. Dès ce moment on applique une ceinture eutocique avec deux tampons obliquement dirigés en bas et en dedans le long des arcades crurales, destinés à appliquer le plus possible la tête sur l'aire du détroit supérieur. Le résultat est satisfaisant puisque après une dizaine de jours d'application permanente de la ceinture, la femme ayant éprouvé quelques douleurs pelviennes pendant cette période, on constate que la tête a perdu sa mobilité, qu'elle s'est fixée et même qu'elle s'est engagée à la partie haute de l'excavation pelvienne. L'évolution ultérieure est normale, l'accouchement facile et sans complication, la femme accouche d'un enfant de 3.000 grammes dont le diamètre bi-pariétal est de 9 centimètres.

OBSERVATION XV

Mme B..., âgée de 31 ans, 3^e geste. Les deux accouchements antérieurs ont été normaux, les enfants étaient volumineux pesant 4.100 et 4.200 grammes. Les dernières règles de la gestation actuelle remontent à fin juillet 1929 : Entrée à l'hôpital au début du huitième mois pour menace

d'accouchement prématuré, la femme est restée en observation ; elle présente un fœtus en position verticale, la tête en bas, le dos à droite. On est d'emblée frappé par le volume de l'enfant, la hauteur utérine étant de 41 centimètres, la tête semble volumineuse mais non d'une façon anormale, elle est au-dessus du détroit supérieur, elle n'est pas du tout fixée dans sa position haute, elle est tengeante à l'arc antérieur du bassin mais lorsque l'on pratique la manœuvre du Palper mensurateur de PINARD on constate que l'application de la tête se fait bien sur l'aire du détroit supérieur et que le débordement antérieur disparaît complètement. On remarque aussi l'existence d'un liquide amniotique abondant qui augmente la mobilité de ce gros fœtus. L'application d'une ceinture eutocique portée d'une façon permanente ne tarde pas grâce à l'adjonction de deux pelotes latérales, à fixer la tête du fœtus en bonne position. La malade accouche le 4 avril 1929 sans incident d'un enfant de 4.050 grammes ; la délivrance naturelle est complète et de 670 grammes.

On se rend compte que dans les deux cas que nous venons de présenter, on ne se trouvait pas en présence de phénomènes pathologiques très importants et que somme toute la ceinture eutocique a eu à lutter contre des vices de position minime du fœtus ; mais on sait combien il est nécessaire d'attacher une attention scrupuleuse au bon engagement d'un travail. Si, en effet, même avec un bassin pas très touché, avec un fœtus peu disproportionné au bassin, le travail s'engage alors que la tête est obliquement placée par rapport à l'excavation pelvienne,

toute une série d'accidents peuvent se produire qui aggravent considérablement l'accouchement.

C'est souvent en effet à la suite d'une de ces anomalies minimes que l'on observe, du fait de la mauvaise direction des forces utérines, des accidents tels que : rupture prématurée des membranes, position oblique secondaire du fœtus, mauvais engagement de la tête en grande déflexion, réaction utérine et contracture permanente de l'utérus qui constituent les éventualités redoutables que l'on connaît et dont on sait combien il faut les éviter.

Aussi, connaissant les services éminents que peut rendre la ceinture en fixant la tête d'aplomb sur le détroit supérieur, on se rend compte qu'elle peut éviter les accidents redoutables que nous venons d'énumérer. L'utilisation de la ceinture est extrêmement simple et à la portée de tout praticien et de toute sage-femme, il est de la première prudence de l'utiliser pour mener à bien un accouchement qui par la moindre faute de technique pourrait amener des accidents extrêmement graves à la fois pour la femme et l'enfant. C'est peut-être ici que la ceinture eutocique paraît la moins agissante ; si l'on considère les choses grossièrement, elle n'a pas l'effet radical que l'on a observé dans les déviations utérines ; mais en fait il nous semble que c'est là que les indications de la ceinture sont les plus précieuses et que son utilisation est le plus recommandable : Eviter des accidents tellement graves par l'emploi d'un procédé tellement simple, n'est-

ce point le meilleur éloge que l'on puisse faire de l'utilisation de la ceinture eutocique ?

B) Dans les présentations du siège.

Dans les présentations du siège tout ce que nous venons de dire peut être répété avec autant de justesse ; si en effet une tête filant obliquement dans une fosse iliaque met la femme en mauvaise condition de début de travail, cela est encore plus vrai lorsqu'il s'agit d'une présentation par le siège dans laquelle ce pôle irrégulier et inégalement consistant ne réalise pas une ampliation du segment inférieur aussi bonne que ne le fait la tête dans les mêmes conditions. Aussi tous les accidents susceptibles de se produire pendant un accouchement par la tête où celle-ci est mal engagée, peuvent survenir avec une fréquence encore plus grande s'il s'agit d'un accouchement par le siège. Ici aussi le redressement de la présentation, la bonne application du siège sur le détroit supérieur lorsque l'engagement n'est pas fait, contribue grandement à faciliter le travail, à éviter l'accident grave pour la mère et à améliorer le pronostic malgré tout si sombre pour le fœtus, de l'accouchement par le siège.

Ce n'est pas seulement pour régulariser un accouchement par le siège que la ceinture eutocique est utile, mais aussi dans le cas où ayant suivi une femme au cours de sa grossesse, on a pu heureusement transformer la présentation du siège en une

présentation par la tête ; la ceinture alors bien appliquée permet souvent d'obtenir le maintien de la nouvelle position et d'éviter le retour si fréquent de la présentation par le siège.

OBSERVATION XVI

Madame R..., âgée de 17 ans. primigeste vient consulter au septième mois de la grossesse, envoyée par la sage-femme parce que le fœtus se présente par le siège ; l'examen montre un utérus globuleux avec un enfant en position verticale, la tête en haut ; le siège est mobile au-dessus de la symphyse pubienne et peut être facilement amené d'une fosse iliaque à l'autre. Le toucher vaginal montre que le bassin est normal mais que les parties molles sont fermes et résistantes.

La hauteur du globe utérin est de 23 centimètres ; on ne constate pas d'excès de liquide. Etant donné l'âge de la parturiente et la résistance des parties molles, on tente une version par manœuvres externes ; celle-ci est heureuse ; après quoi on applique une simple ceinture, mais la femme étant rentrée chez elle enlève cette ceinture, sur quoi le fœtus se remet dans la position première. La femme revient à la consultation. On l'hospitalise alors et on pratique sur elle une nouvelle version également couronnée de succès ; mais on a soin de placer une ceinture extrêmement serrée complétée par deux pelotes hypogastriques. La femme est gardée au lit avec sa ceinture maintenue d'une façon permanente ; au bout de quelques jours, elle peut se lever et l'on constate que la tête d'abord fixée ne tarde pas à s'engager assez profondément pour permettre l'extirpation des pelotes.

L'accouchement se fait normalement le 2 avril 1929 : enfant pesant 3 kg. 650 ; la délivrance est naturelle et normale, de 500 grammes. Au cours de l'accouchement les parties molles n'ont pas souffert du passage de l'enfant.

OBSERVATION XVII

Mme L..., âgée, de 25 ans, 4^e geste : les trois accouchements antérieurs ont été normaux, les enfants s'étant présentés par la tête. La gestation actuelle s'est passée d'une façon normale ; la femme n'éprouvant aucune gêne ni aucun malaise vient consulter au 8^e mois, on trouve un enfant en direction verticale se présentant par le siège, celui-ci est élevé au dessus du détroit supérieur ; on tente une version par manœuvres externes qui n'est couronnée de succès qu'à la troisième tentative. Le résultat obtenu n'est pas entièrement satisfaisant, l'enfant restant en position oblique et la tête étant dans la fosse iliaque droite. Etant donnée la possibilité d'une brièveté du cordon ou d'une autre cause de difficulté de version, on ne complète pas la tentative et on se contente d'appliquer une ceinture avec deux pelotes l'une en bas et à droite pour repousser le tête, l'autre en haut et à gauche pour ramener le siège sous l'appendice xyphoïde. Le maintien prolongé de la ceinture assure ce résultat et la femme commence son travail avec une tête bien d'aplomb sur le détroit supérieur ; l'accouchement se fait rapidement et sans incident.

OBSERVATION XVIII

Mme M..., 28 ans, 3^e geste : les deux accouchements précédents se sont faits par le siège, le premier s'est terminé par la mort de l'enfant sur lequel on avait pratiqué des tractions intempestives. Le deuxième s'était engagé de telle sorte qu'il avait été très long à se faire ; il s'était produit des phénomènes de contraction utérine et l'accouchement s'est terminé par l'expulsion spontanée d'un enfant mort-né. La grossesse actuelle est au 8^e mois lorsque la femme vient à Lariboisière encore avec un enfant se présentant par le siège. Malgré des essais répétés, les tentatives de version par manœuvres externes ont toutes été infructueuses. Mais étant donnée la légère obliquité du fœtus et la tendance du siège à filer vers la droite, on place une ceinture avec 2 pelotes hypogastriques qui assujettissent bien le siège dans l'axe du bassin. La femme est accouchée à terme spontanément après un travail de 18 heures d'un enfant de 3.250 grammes le premier vivant de ses trois enfants accouchés par le siège. Il est permis de penser que sans doute la verticalisation du fœtus assurée par l'application de la ceinture n'a pas été indifférent dans la bonne marche de l'accouchement.

C) Dans les présentations obliques.

Dans ces présentations l'action de la ceinture eutocique se conçoit de la façon la plus évidente. Si on a la chance d'observer la malade pendant sa grossesse, la ceinture à pelotes, combinée avec la

version par manœuvres externes, sera susceptible dans la plupart des cas de verticaliser le fœtus et d'éviter le début de travail sur un fœtus oblique qui nécessite toujours des manœuvres plus compliquées à la fois pour la mère et pour l'enfant.

OBSERVATION XIX

Mme C..., âgée de 22 ans. La première grossesse s'est terminée par l'accouchement avant terme au septième mois d'un enfant mort et macéré. Grossesse actuelle : dernières règles le 10 juin 1928, la femme est envoyée par son médecin en consultation au cours du huitième mois parce qu'elle présente un enfant obliquement placé ; l'utérus est en effet élargi transversalement et l'on perçoit avec netteté la tête dans la fosse iliaque droite et le siège sous les côtes gauches ; il s'agit d'une présentation presque transversale. Une première version amène le siège en bas, puis une deuxième version assure la présentation par la tête, mais ainsi placée la tête tend à filer dans la fosse iliaque droite. On pose alors une ceinture à laquelle on adjoint trois pelotes, l'une refoulant la tête en dedans, les deux autres maintenant verticale la partie élevée du fœtus. Malgré les conseils, la femme rentre chez elle en gardant la ceinture qu'elle promet de consolider chaque jour. Les choses se passèrent au mieux puisque la femme rentra de nouveau à l'hôpital le 24 mars 1929 après 9 heures de rupture des membranes avec une tête profondément engagée. Il est probable que sans la ceinture un tel engagement n'aurait pas pu se produire ; on se serait trouvé devant une position oblique et peut être même transversale

devant laquelle après neuf heures de rupture des membranes le problème thérapeutique aurait été sans doute fort malaisé.

OBSERVATION XX

Mme T..., âgée de 39 ans, neuvième geste : trois premiers accouchements par la tête, puis un siège ; parmi les 4 derniers la femme a eu un avortement et un mort-né. Pour la gestation actuelle la femme a eu ses dernières règles en fin avril 1928, on la voit au huitième mois de sa grossesse ; il s'agit d'une femme très épaisse avec une paroi très adipeuse. L'utérus est volumineux mais on est d'emblée frappé par sa largeur, l'axe vertical semblant moins grand que le transversal ; en effet on trouve la tête dans le flanc droit le siège à gauche. Les bruits du cœur sont perçus faiblement, le muscle utérin peut être difficilement apprécié ; mais étant donné l'épaisseur de la paroi d'une part et la facilité avec laquelle on peut mobiliser le fœtus dans la cavité utérine d'autre part, il est à prévoir qu'on est en présence d'un utérus dont le muscle est de mauvaise qualité, flasque et sans tonicité. L'extrême mobilité du fœtus fait penser à un excès de liquide, mais il est également malaisé de s'en rendre compte étant donné l'épaisseur des parties molles. La version est assurée, elle réalise une verticalisation facile. Il n'en est pas de même pour la fixation que l'on obtient cependant en plaçant une ceinture avec quatre pelotes consolidées quotidiennement. La femme étant restée en observation, on constate heureusement l'engagement de la tête ; l'accouchement se fait avec une extrême rapidité, le seul incident constaté étant celui d'une hémorragie assez abondante ayant suivi la déli-

vance, attribuable sans doute à la mauvaise qualité d'un muscle utérin fatigué et mal rétracté.

On se rend compte ainsi combien d'incidents et d'accidents redoutables l'utilisation de la ceinture eutocique a pu éviter; si en effet la version podalique est une manœuvre des plus courantes elle n'en est pas moins cependant déjà une complication, elle met certainement la femme en de moins bonnes conditions de résistance. D'autre part souvent on peut être en présence de cas où la version devient périlleuse par le fait de l'heure où il est possible de la pratiquer.

Si tous ces méfaits peuvent être évités par des mesures prophylactiques, grâce à une observation attentive des femmes et à l'utilisation d'un moyen aussi simple que la ceinture, il serait tout à fait regrettable que l'on ne donnât pas aux femmes ce moyen d'accoucher normalement sans incident ou accident redoutable pour elle-même ou l'enfant.

GROUPE III

LA CEINTURE EUTOCIQUE DANS LES CAS D'ANOMALIE DE L'ŒUF

Nous ne ferons dans ce chapitre que mettre au point d'une façon un peu plus précise les faits que nous avons déjà énoncés dans le chapitre précédent relativement à certaines causes d'anomalies de présentation du fœtus, pour lesquelles l'applica-

tion de la ceinture eutocique peut avoir un effet très favorable ; c'est surtout le cas des excès de liquide et des insertions anormales du placenta.

Les excès de liquide lorsqu'ils ne sont pas trop considérables, lorsqu'on n'est pas en présence d'un véritable hydramnios peuvent être influencés favorablement par l'application judicieuse d'une ceinture. Nombreux en effet sont les cas dans lesquels l'obliquité du fœtus, la mobilité de la tête, sa non fixation dépendent d'un léger excès de liquide qui l'empêchent de se tenir d'aplomb sur le détroit supérieur. C'est dans ces cas limites qu'une bonne application de la ceinture très serrée avec deux pelotes latérales pourra fixer heureusement le fœtus en position verticale. Il va sans dire évidemment que ce traitement uniquement mécanique n'exclut en aucune manière les traitements d'ordre biologique : nous voulons surtout parler du traitement antispécifique, étant donnée la proportion énorme de cas dans lesquels la syphilis est à l'origine de l'excès de liquide. Nous avons trouvé dans les observations de la Maternité de Lariboisière de nombreuses observations relatives à ce type de dystocie. La suivante en constitue un exemple typique :

OBSERVATION XXI

Mme G..., âgée de 30 ans, troisième geste ; les deux premières grossesses se sont terminées par des avortements aux 3^e et 4^e mois ; la grossesse actuelle remonte au mois de

juillet 1928. Pendant tout le cours de la première moitié de la grossesse, la femme a été suivie à la consultation et au dispensaire anti-syphilitique annexé à la Maternité de Lariboisière où elle a subi un traitement ininterrompu par arsenic et mercure. Examinée au 8^e mois de sa gestation on trouve un utérus globuleux d'une hauteur de 38 cm. ; le fœtus est vertical, la tête en bas et extrêmement mobile ; on perçoit de façon très nette la sensation de flot. Entrée à l'hôpital pour menace d'accouchement prématuré, celui-ci a été rapidement entravé par l'administration répétée de lavements laudanisés. Mais dès les premières contractions on avait constaté que la tête du fœtus au lieu de s'appliquer sur le détroit supérieur filait d'une façon évidente vers la fosse iliaque gauche. Il était à craindre dans ces conditions que si le travail reprenait dans les mêmes circonstances il pourrait se produire du fait de l'obliquité du fœtus une rupture prématurée des membranes ; par suite de la non application de la tête sur le détroit supérieur les procidences étaient alors d'autant plus à craindre que l'excès de liquide était volumineux, et que l'on était autorisé à penser qu'avec une tête si haute, la dilatation progresserait très lentement. C'est pourquoi, dès le travail interrompu, on appliqua une ceinture avec deux tampons latéraux pour maintenir la tête en face de l'orifice supérieur de l'excavation pelvienne. Ce résultat obtenu fut contrôlé chaque jour en même temps que l'on consolidait la compression exercée par la ceinture.

L'accouchement eut lieu à terme grâce à la bonne position de la tête ; la rupture de la poche des eaux se produisit sans qu'il survint de procidence ; de même la dilatation progressa d'une façon relativement rapide et la femme

accoucha d'un enfant pesant 3.600 gr. La délivrance fut naturelle et normale, mais le placenta, de 700 grammes, confirma par sa forte disproportion l'atteinte syphilitique de la femme.

OBSERVATION XXII

Mme R..., 22 ans, primigeste (dernières règles le 20 juin 1928) entre à la Maternité en février 1929 pour menace d'accouchement prématuré. On constate un utérus très volumineux, d'une hauteur de 40 cm., avec un excès de liquide considérable, une sensation de flot très nette; on sent en bas une tête très mobile; mais il est difficile de préciser par la palpation le reste du fœtus. La tête tendant à filer dans la fosse iliaque droite, on applique une ceinture avec deux pelotes dans la fosse iliaque droite et une pelote dans la fosse iliaque gauche pour éviter une hyper correction et le passage de la tête du côté opposé. Le travail interrompu reprend dix jours après, le 8 mars 1920, dans d'excellentes conditions. Pendant toute la période intermédiaire la ceinture a été maintenue en position; la dilatation se fait d'une façon progressive, la tête s'engage aisément. Etant donnée la lenteur de la période d'expulsion avec modification des bruits du cœur fœtal, on procède à une application de forceps de Demelin: extraction d'un enfant de 3.850 gr. suivi d'une délivrance naturelle et complète et d'un placenta pesant 720 grammes signant également comme dans le cas précédent la nature syphilitique de cet hydramnios.

Ce n'est pas seulement l'excès de liquide qui peut être à l'origine des mauvaises accommodations du fœtus justiciables de l'emploi de la ceinture eutocique.

Il en est de même pour les insertions basse du placenta. En effet la position basse du placenta empêche la présentation de se placer d'aplomb sur le détroit supérieur, et crée ainsi des obliquités qui sont d'autant plus redoutables que la présentation n'appuyant pas sur le placenta bas placé, celui-ci n'est pas comprimé et risque de déterminer des hémorragies graves non seulement pour le fœtus mais également pour la mère. Aussi la verticalisation du fœtus et la bonne application de la ceinture peuvent dans certains cas aider à la bonne évolution d'un tel accouchement. En effet, lorsque la tête étant bien d'aplomb sur le détroit supérieur, la dilatation se produit, même s'il survient alors une hémorragie, il devient plus facile de mettre en action les manœuvres classiques : rupture large des membranes, bonne application de la tête ou abaissement d'un pied qui suffisent en général pour éviter les accidents. L'observation suivante en est un exemple :

OBSERVATION XXIII

Madame T..., âgée de 39 ans, quatrième geste : la grossesse actuelle remonte au mois de mai 1928 ; elle a été constamment compliquée par des hémorragies qui ont commencé dès le 3^e mois de la grossesse et se sont poursuivies pendant toute son évolution. La femme est amenée au cours du

8^e mois : on constate un enfant en position verticale, dos à gauche, tête en bas, mobile ; l'auscultation ne perçoit aucun bruit fœtal et la femme dit ne ressentir aucun mouvement actif depuis quelques jours.

L'hémorragie qui a amené surtout la femme à consulter dure depuis plusieurs heures mais le col étant long et fermé, aucune sensation particulière de matelas ne se constatant au niveau du segment inférieur, on se borne à un traitement symptomatique ; cependant on applique une ceinture très serrée avec deux pelotes pour obtenir dans l'éventualité d'un placenta bas une bonne application de la tête qui pourrait peut être arrêter l'hémorragie. C'est du reste ce qui se produit : la femme qui jusque-là saignait d'une façon presque continuelle n'a plus saigné pendant les huit jours suivants malgré les douleurs annonciatrices d'un début de travail. Puis le travail s'étant nettement amorcé le 26 février la dilatation se fit d'une façon assez notable pour permettre de sentir les membranes rugueuses et une masse mollasse confirmant le diagnostic présumé de placenta marginal. M. Demelin étant par hasard passé dans le service a examiné la malade. Il conseille alors un abaissement prophylactique du pied, et avertit de la possibilité de trouver une rétraction au niveau du corps de l'utérus. En effet, une hémorragie abondante nécessita rapidement une rupture large des membranes et un abaissement prophylactique du pied. Etant donnée la probabilité de mort intérieure du fœtus, on pratiqua une extraction immédiate qui ramena une fille macérée pesant 3.800 grammes. La délivrance artificielle immédiate confirma que le placenta était inséré sur le côté droit du segment inférieur.

On conçoit que dans ces cas, l'emploi de la ceinture eutocique n'est qu'un préliminaire dans l'arsenal thérapeutique à utiliser, mais cependant ce moyen n'est pas à négliger, car il peut dans certains cas diminuer l'importance d'une hémorragie et assurer une dilatation plus rapide du col, ce qui augmente les chances de faire une terminaison heureuse de l'accouchement.

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE LA CEINTURE EUTOCIQUE

Nous avons longuement insisté sur les avantages multiples que l'emploi de la ceinture eutocique permettaient d'obtenir lorsqu'on l'appliquait chez les femmes dont la grossesse présentait quelques anomalies. L'avantage essentiel qu'on en retirait était de parvenir à placer les femmes dans les meilleures conditions possibles pour un début de travail. Il est beaucoup plus satisfaisant et beaucoup plus facile en même temps, de corriger une déviation utérine, de replacer la tête filant dans une fosse iliaque, de verticaliser un fœtus ou de l'immobiliser dans un œuf trop riche en liquide pendant la période de repos utérin plutôt qu'au moment du travail alors que l'utérus offre par ses contractions une résistance de plus en plus grande à l'action des agents physiques extérieurs. Mais toutes les anomalies contre lesquelles nous avons montré comment on pouvait lutter pendant la période de grossesse ne se retrouvent pas moins pendant le travail.

Nous ne les reprendrons pas par le détail, nous ne ferons qu'insister sur certains points particuliers en montrant comment même à cette période l'ap-

plication correcte de la ceinture peut obvier à bien des accidents.

Lorsque le travail s'engage sur un utérus incliné latéralement ou en avant, les inconvénients sont les mêmes que ceux déjà étudiés au chapitre précédent. Pour ce qui est des antéversions nous n'insisterons pas sur les accidents observés anciennement, surtout dans les cas d'antéversion chirurgicale fixée : ces accidents dus à l'excès d'ampliation de la paroi postérieure de l'utérus pouvaient aller selon les classiques jusqu'à la rupture utérine. Il est évident que ces accidents devaient être rares, d'autant plus que les ascensions du col au niveau ou au-dessus du promontoire, qu'on a longtemps données comme classiques étaient certainement exceptionnelles. Fréquents, par contre, sont les accidents de petite dystocie, dus à une antéversion ou à une latérotation exagérée de l'utérus, avec une présentation non en regard de l'orifice utérin du tractus vaginal mais appliquée sur une des parois du segment inférieur, dans la direction duquel toutes les forces utérines sont dirigées. On conçoit que dans ces conditions la dilatation progresse très mal et que peuvent se produire les accidents classiques de rupture prématurée avec son cortège de complications : infection amniotique, mort de l'enfant, rétraction de l'utérus qui sont un pronostic si grave.

Nous ne ferons que donner succinctement le résumé de deux observations qui sont démonstratives à cet égard.

OBSERVATION XXIV

Mme V. G..., âgée de 24 ans, atteinte d'une cypho-scoliose prononcée, se présente à la Maternité de Lariboisière au début du travail alors que les douleurs ont commencé depuis 3 heures ; elle présente un abdomen déformé par une antéverson considérable de l'utérus ; il existe au-dessus du pubis un pli profond dû au fait que l'utérus recouvre toute la région pubienne et inguinale. Le bassin présente une antéverson très marquée de telle sorte que l'orifice vaginal regarde directement en arrière. Au toucher, le col est très haut regardant le promontoire ; la présentation est extrêmement élevée ; l'examen du bassin osseux ne révèle pas de déformation susceptible d'entraver considérablement l'accouchement. L'effet principal que recherche la thérapeutique est de redresser la déviation utérine, on y arrive par la combinaison de 2 moyens : d'une part la mise en position déclive de la femme de telle sorte que la masse utérine bascule de la région pubienne vers la région diaphragmatique ; la tête restant malgré cela mobile et mal appliquée quoique les contractions utérines soient répétées et énergiques, on applique une ceinture qui empaume la partie supérieure de l'utérus et réalise une application efficace de la tête sur le détroit supérieur. Rapidement l'engagement s'effectue, puis progresse avec une extrême rapidité et l'accouchement se fait normalement, l'enfant pesant 2.800 grammes.

Si dans ce cas l'application d'une thérapeutique mécanique a été rapide et son effet immédiat, la

valeur de ce moyen thérapeutique est encore plus démonstrative dans l'observation suivante :

OBSERVATION XXV

Mme D..., âgée de 40 ans, 4^e geste. Les trois grossesses précédentes normales se sont terminées par des accouchements faciles. Cette fois, elle arrive à la maternité de Lari-boisière à la 18^e heure de son travail; elle présente un utérus nettement incliné vers la droite, la poche des eaux est rompue depuis 16 heures; la dilatation ne progresse pas, et la présentation reste très élevée. L'examen révèle un fœtus se présentant par le siège, le dos à gauche. Malgré les contractions répétées de l'utérus, la dilatation ne progressait que d'une façon extrêmement lente, la présentation restant très élevée et non engagée. On notait en même temps des signes de souffrance fœtale : bruits du cœur assourdis, liquide teinté. Malgré une attente de six heures les choses ne progressaient en aucune manière, c'est alors que l'on procéda à l'application d'une ceinture complétée par deux pelotes à droite qui assurèrent la verticalisation de l'utérus. Grâce à cela la dilatation put se faire suffisamment pour permettre l'introduction de la main et l'abaissement prophylactique du pied. Pendant cette manœuvre on constata à quelques centimètres au-dessus de l'orifice cervical, au-dessus de la ceinture pelvienne de l'enfant, l'existence d'un anneau de contraction pas très serré mais net cependant. L'évolution ultérieure se fit sans incident et la femme accoucha d'un enfant vivant de 3.800 grammes.

On comprend dans ces conditions le mécanisme des accidents dystociques : l'obliquité de la tête empêchait la dilatation de se produire, et l'ouverture des membranes avait déterminé un léger degré d'infection ovulaire qui rendait compte en partie de l'anneau de rétraction constaté sur l'utérus.

Il est probable que si la correction n'avait pas été faite les phénomènes de rétraction utérine auraient progressés. Cet exemple est singulièrement démonstratif et met en évidence combien des dystocies qui pourraient être appréciées comme des inconvénients d'ordre mineur peuvent être à l'origine d'accidents graves difficilement curables. C'est précisément au moment où ces dystocies sont encore justiciables d'une thérapeutique simple, que le clinicien doit s'attacher à les découvrir ; c'est à ce moment que même au début du travail on devra tâcher de régulariser la présentation, et parmi les moyens dont le médecin peut se servir à cet effet, l'emploi de la ceinture est certainement le plus simple et le plus efficace.

Nous ne ferons pas une étude approfondie de la manière d'agir de la ceinture eutocique dans les cas où au début du travail les présentations son mal engagées, soit parce que le fœtus est oblique dans la cavité utérine, soit parce que la tête mal appliquée file dans une fosse iliaque. Tout ce que nous avons dit au sujet du traitement de ces cas au cours de la gestation reste vrai lorsque le travail est commencé, mais encore faut-il reconnaître au plus

vite la cause de non progression du travail, car si l'on tarde, vont survenir les accidents majeurs consécutifs à une rupture prématurée des membranes et contre lequel les moyens obstétricaux simples seront sans effet.

Il est évident que l'on peut trouver encore toute une série de cas dans lesquels l'application de la ceinture se trouve légitime ; nous avons vu en particulier utiliser avec fruit cette ceinture dans les cas de disjonction douloureuse de symphyse et après l'évacuation de l'utérus chez des femmes atteintes de cardiopathie en décompensation. Ce sont là des cas d'espèces qui ne méritent pas d'être érigés en règles et pour lesquels il ne convient pas de porter une indication quelle qu'elle soit. Il faut savoir que d'une façon générale la ceinture avec des tampons bien appliqués est un excellent moyen thérapeutique qui peut rendre les services les plus considérables. Placée à temps dans des conditions légitimes, et appliquée d'une façon symétrique, la ceinture eutocique permet d'éviter des complications extrêmement graves, redoutables autant pour la mère que pour l'enfant.

CONCLUSIONS

1° L'application de la ceinture eutocique bien mise en lumière autrefois par M. le professeur A. Pinard constitue un moyen de thérapeutique excellent par son efficacité et par sa simplicité qui le mettent à la portée de tout praticien et de toute sage-femme ;

2° Elle a son efficacité maxima au cours de la grossesse en tant que moyen prophylactique ; elle est applicable à toutes les anomalies de situation utérine et fœtale non fixées pendant la gestation :

a) celles dues à un déplacement de l'utérus en avant ou sur le côté ;

b) celles dues à une mauvaise attitude du fœtus ;

c) celles dépendant de l'œuf lui même (excès de liquide).

3° Dans tous ces cas, le résultat thérapeutique est d'autant meilleur que le port de la ceinture est plus précoce, et qu'il est réalisé d'une façon continuelle ;

4° Au début du travail, la ceinture eutocique peut encore être appliquée avec de bons résultats dans les mêmes anomalies que celles qu'on peut observer pendant la gestation ;

5° L'utilisation méthodique et judicieuse de ce procédé simple et facile est susceptible d'éviter les plus graves accidents obstétricaux (rupture utérine, rétractions variées et infection amniotique. Mort du fœtus).

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.



